

病児・病後児保育事業利用申込書

年 月 日

(ふりがな) 児童氏名 生年月日	年 月 日生(歳 ヶ月)		
住所	〒 ー 魚沼市		
保護者名	⑩		
電話番号	(自宅) ー	ー ー 連絡先名	
通園又は通学校名	保育園・子ども園・幼稚園・小学校		
主治医名	TEL ー ー		
保育を希望する 期日及び時間	期日	年 月 日から	年 月 日まで
迎えに来る人	時間	時 分 から	時 分まで
	続柄		

日付	年 月 日 ()		症状及び病名	
体温	家庭での様子		病後児保育室での様子	
	平熱	. °C	時 分頃	. °C
	夜	時 . °C	時 分頃	. °C
	朝	時 . °C	時 分頃	. °C
薬	解熱剤 座薬等	<input type="checkbox"/> 使用 時 種類 <input type="checkbox"/> 使用せず ()	解熱剤	<input type="checkbox"/> 使用 時 個 <input type="checkbox"/> 使用せず
	内服薬	<input type="checkbox"/> 朝、内服した 時 <input type="checkbox"/> 朝、内服せず	投薬	<input type="checkbox"/> 投薬した 時 分印 <input type="checkbox"/> 投薬せず
	外用薬	<input type="checkbox"/> 使用した 種類 <input type="checkbox"/> 使用しない ()	時間	一日の様子
項目	状態		AM 8	
鼻水 せき その他	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない ()		9	
	嘔吐	夜 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 回 朝 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 回		
便		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 回 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 水様		
	尿	最終尿 時		
食事		夕食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない 時	
	朝食	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない 時	2	
機嫌	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い		3	
睡眠	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い 時から 時まで		4	
投薬依頼	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 粉末・シロップ 外用薬・錠剤		5	
	薬品名 () <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間		6	
緊急時の診察等について(○印をつけてください)	<ul style="list-style-type: none"> ・承諾します 署名(保護者名) ・承諾しません 		担当者から	

※太枠内のみ記入してください。