

令和 年度大川市病児・病後児保育事業利用申込書

令和 年 月 日

大川市長 様

施設長 様

(保護者) 住所 _____

氏名 _____

大川市病児・病後児保育事業を、保護者の都合(1 仕事 2 傷病 3 出産 4 冠婚葬祭 5 その他
【 _____ 】)のために利用したいので、大川市病児・病後児保育事業実施要綱第3条の規定により次のとおり申し込みします。なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

お子さんのお名前		生年月日 (年齢)	年 月 日 (歳 カ月)	性別	男・女
住所					
利用日時	令和 年 月 日	お迎えの方 (利用児童との続柄)		()	
	午前 時 分から 午後 時 分				
保護者名			緊急連絡先		
主な症状(○印をおつけください) 発熱・下痢・おう吐・ぜい鳴(ゼーゼー、ヒューヒュー)・発疹・湿疹 その他(具体的にお書きください) ()					
昨日から今朝までの様子をお書き下さい。(症状)					
○就寝時間(時 分頃)～起床時間(時 分頃) ○寝てる時はどんな様子でしたか? () ○朝食は ・()時頃食べた (内容:) (保育中のミルクの予定時間) ・食べていない ・ミルクのみ (とミルクの量) ※食欲の有無(普通・不良)					
○最後の尿と便の時間 ・尿()時頃 ・便()日()時頃(固・普・軟・水様)					
○体温 (昨夜 ℃) (今朝 ℃)					
○解熱剤は ・使用していない ・使用した(回 最後の使用は 時頃)で(℃) ※ふだん解熱剤を使用する体温(℃)					
○今朝の薬の時間(時 分頃)内服					
○日中の薬の時間①(時 分頃)②(時 分頃)					
○お子さんへの薬の飲ませ方を教えてください。 ・そのまま ・白湯に溶かして ・混ぜて()					
○いつものお昼寝の時間は? ()時頃から()時間位					
○現在までの熱性けいれんの有無 ①有⇒最後のけいれんは(歳 カ月) ②無					
○アレルギーの有無 ①有⇒アレルギーの内容() ②無					
○オムツとトイレの状況 ①常時オムツ ②お昼寝のみオムツ ③トイレトレーニング中 ④オムツ使用していない					

(注) 流行性角結膜炎(はやり目)、頭じらみはお預かりできません。