様式第２号（第７条関係）

登録番号 NO.

平成　　年度大川市病児・病後児保育事業利用申込書

平成　　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	平成　年　月　日 午前　午前 午後　時　分から　午後　時　分		お迎えの方（利用児童との続柄）	（　　）	
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とミルクの量　　〕

・食べていない

・ミルクのみ

※　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下さい。

・　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。