

稲美町病後児保育事業利用申請書

令和 年 月 日

事業実施施設長 様

住 所 加古郡稲美町

氏 名 (保護者) _____

印

連絡先 () -

稲美町病後児保育医師連絡票を添えて、通常保育よりも予測不能な状況が起こり得る危険性が高いこと、及び投薬についても同様にその危険性が高いことを認識、理解した上で利用を申し込みます。なお、利用にあたっては実施施設の指導に従います。

*記名押印に代えて、署名(自署)によることも可能です。

ふりがな 児 童 氏 名	男 女	愛称 { }	申請者との続柄
生 年 月 日	年 月 日 (歳 か月)		
通園施設名等	_____保育園・幼稚園 (歳児) _____小学校 (年生) 在宅・その他 ()		
かかりつけの 医 療 機 関	医療機関名 電話 () -	担当医名	
緊急時の連絡先	①氏名等	電話 () -	
	②氏名等	電話 () -	
利用予定日	月 日 () ~ 月 日 ()	利用予定時間	: ~ :

以下、該当項目に○を付けてください。また、必要な項目は記入してください。

・今回の病気について

診 断 名	
主 な 症 状	・今日の熱_____℃ ・平熱_____℃ ・下痢 ・嘔吐 ・せき ・発疹 ・湿疹 ・その他 ()
現 在 の 食 事	・授乳期 (母乳・人工・混合) 1回_____CC×_____回 ・離乳期 (前期・中期・後期) ・幼児期 (普通食・軟食) ・アレルギー食 (除去内容: _____)
その他の病気やけが	有 (内容: _____) ・ 無
薬 の 飲 ま せ 方	・粉薬 スポイド・乳首・スプーン・オブラート・カプセル・粉のまま口に入れる その他 () ・水薬(シロップ) スポイド・乳首・スプーン・その他 ()

・普段の様子

食 事	①全面介助 ②一人で食べるがかなりこぼす ③一人で食べる (はし・スプーン)
行 動	①寝ている ②首がすわっている ③寝返る ④座る ⑤はう ⑥立つ ⑦伝い歩き ⑧歩行自由
排 泄	①おむつ (排泄を教える・教えない) ②時々おもらし ③自立
睡 眠	夜 : ~ 朝 : ・お昼寝 : ~ :
遊 び	
発達上気になること	
性 格	
その他特に伝えたい事項	