田村市病児・病後児保育利用申請書

年　　月　　日

申込者 住　　所

氏　　名

（ 児童との続柄　：　　）

病児・病後児保育を利用したいので、医師連絡票を添えて申し込みます。

ふりがな		性別	生年月日	年齢
利用児童氏名			年　月　日	歳

看護できない理由	勤務のため　その他（　　）	
緊急時連絡先	1　電話番号　：　（続柄　：　）	
	2　電話番号　：　（続柄　：　）	
お迎え予定者	父　母　祖父　祖母　その他（　）	
お迎え予定時間		
医師の診断	病　名	
	診　断　日	月　日　（　）
	医療機関名	電話
本日の症状	発熱　・　せき　・　喘鳴　・　鼻水　・　鼻づまり　・　発疹 頭痛　・　吐き気　・　嘔吐　・　下痢　・　腹痛　・　のどの痛み その他（　）	
薬の使用	解熱剤	・使用した　（　）時頃　・使用なし
	けいれん止め	・使用した　（　）時頃　・使用なし
	吸　入	・使用した　（　）時頃　・使用なし
	その他服薬しているもの　（　）	
昨夜の睡眠	よく眠れた　・　何度か目が覚めた　・　全然眠れなかった	
朝食摂取状況	・食べた　（　）時頃　［内容：　］ ・食べていない　・ミルクのみ	
最後の排泄時間	尿　（　）時頃　便（　）日　（　）時頃	
おむつ・トイレ状況	・おむつ使用（ 常時　・　就寝時のみ　・　なし ）　・トイレトレーニング中	
その他	※ 食事の状況（離乳の状況）、体質、気になること、配慮してほしいこと	