

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				
			広域利用市町村名		