

東北町病後児保育事業 利用申込書 (同意書)

令和 年 月 日

利用施設:病後児保育室 すずらん

申込者名 _____

- 1 次のとおり、東北町病後児保育事業を利用したいので、主治医の連絡票を添付して申し込みます。
- 2 病後児保育事業の利用期間中は、病後児保育事業実施施設の指示に従います。
- 3 児童の状態が変化して病後児保育事業での対応が困難になり、病後児保育実施機関が利用を不相当と認めたときは、病後児保育事業の利用の中止に同意します。

保護者	氏名	続柄	緊急連絡先	
	第1連絡者		連絡先	自宅・携帯・勤務先 ()
			電話	— —
	第2連絡者		連絡先	自宅・携帯・勤務先 ()
電話			— —	

登録児童	児童氏名	性別	生年月日	
	(ふりがな)		令和・平成 年 月 日生まれ	
			(歳 ヶ月)	
	住所 (〒 —)			
	利用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)		
	通園施設等	<input type="checkbox"/> 通園していない <input type="checkbox"/> 通園している(施設名:)		
	かかりつけ医	医療機関名	連絡先	
		医師名	— —	
	今回の病状について	病名	今朝の体温 °C	
		現在の症状(当てはまるものに✓をつけてください。)		
		<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> めやに <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> その他		
		通園施設等で流行っている病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
	栄養方法	<input type="checkbox"/> 授乳中(<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合 cc/回× 回)		
		<input type="checkbox"/> 離乳食(<input type="checkbox"/> ドロドロ <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> 歯茎でつぶせる <input type="checkbox"/> 歯でかめる)		
<input type="checkbox"/> 普通食 アレルギー等による食事制限 <input type="checkbox"/> 不必要 <input type="checkbox"/> 必要				
食事状況	<input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一人で食べるがこぼす <input type="checkbox"/> 一人で食べる(はし・スプーン)			
行動	<input type="checkbox"/> 寝ている <input type="checkbox"/> 首がすわっている <input type="checkbox"/> 寝返る <input type="checkbox"/> 座る <input type="checkbox"/> 這う			
	<input type="checkbox"/> 立つ <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 歩行自由 <input type="checkbox"/> 睡眠(方法:)			
排泄	<input type="checkbox"/> おむつ(排泄を教える・教えない) <input type="checkbox"/> 時々おもらし <input type="checkbox"/> 自立			
注意事項				

【裏面もご記入ください】

