

(様式第1号)  
 さぬき市長 殿  
 (実施施設の長) 殿

年 月 日

病児・病後児保育事業利用申込書

病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

利用希望施設			
保護者	ふりがな：	住所	〒 —
			電話番号：
利用事由：1 勤務の都合 2 その他 ( )		勤務先：	
児童	ふりがな：	男・女	生年月日： 年 月 日
			(1子・2子・3子・子) 歳 か月
			愛称： 体重 kg
利用希望日	年 月 日 ~ 年 月 日		
緊急時連絡先	氏名	続柄	電話番号
	①		
	②		
お迎えの予定時刻： 時 分頃		お迎え予定保護者氏名： 続柄	

■家庭での様子 (当てはまる口にチェックを入れてください。)

	昨夜の様子	今朝の様子
体温 (°C)	<input type="checkbox"/> ~37 <input type="checkbox"/> 37~38 <input type="checkbox"/> 38~40 <input type="checkbox"/> 40~	<input type="checkbox"/> ~37 <input type="checkbox"/> 37~38 <input type="checkbox"/> 38~40 <input type="checkbox"/> 40~
乳児食	ミルク摂取量： ml	ミルク摂取量： ml
食事量	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや少 <input type="checkbox"/> 微量 <input type="checkbox"/> 水分のみ	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや少 <input type="checkbox"/> 微量 <input type="checkbox"/> 水分のみ
水分量	<input type="checkbox"/> まずまず摂取 <input type="checkbox"/> 少量のみ	<input type="checkbox"/> まずまず摂取 <input type="checkbox"/> 少量のみ
離乳食の状況	<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期	
解熱剤	<input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 使用済 (直近の使用時刻： 時頃)	
症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 不機嫌 <input type="checkbox"/> 不活発 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に⇒ )	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (何に⇒ )	
既往歴	<input type="checkbox"/> 突発性湿疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> りんご病 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> プール熱 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に⇒ )	

■医師の指示 (かかりつけ医)

記載日： 年 月 日

病児・病後児保育事業の利用について、現時点での入院の必要性は認められないため、差し支えありません。

医療機関	TEL	医師名 (署名または記名押印)
病名 (症状)		安静度 <input type="checkbox"/> 安静 <input type="checkbox"/> 静かな遊び
指示	持参の薬： <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 不要 水分： <input type="checkbox"/> 少しずつ <input type="checkbox"/> 欲しがるだけ コメント	
昼食	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 除去食 ( <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ) <input type="checkbox"/> ミルク ( ml ) 牛乳： <input type="checkbox"/> 与えてよい <input type="checkbox"/> 与えてはならない	