

近江八幡市病児保育事業利用申込書

利用対象者は、病児・病後児保育事業の病児対応型(児童が病気の「回復期に至らない場合」であり、かつ、当面の症状の急変が認められない場合において、当該児童を病院、診療所、保育所等に付設された専用スペース又は本事業のための専用施設で一時的に保育)を希望される方

児童の名前		(ふりがな)			年 齢	歳 カ月 年 月 日 (生年月日)					
保護者氏名					在籍保育所等名						
緊急連絡先 (確実に連絡がとれるところ)		氏 名		続柄	連 絡 先		迎 え の 時 間		時 分		
		①				自宅・携帯・勤務先 その他()					
		②				自宅・携帯・勤務先 その他()		診 察	要	不要	
現 在 の 症 状		今 朝		昨 夜		いつからの症状等		座薬の最終使用時刻		昨夜の睡眠時間	
	体温	℃		℃							
	鼻水	多い ・ 少ない ・ ない		多い ・ 少ない ・ ない							
	咳	多い ・ 少ない ・ ない		多い ・ 少ない ・ ない							
	嘔吐	回		回				現在のアレルギー 入院等 なし ・ あり()			
	便	なし ・ 普通 ・ 軟便 下痢 ・ 水様便		なし ・ 普通 ・ 軟便 下痢 ・ 水様便				ミルク			
	尿	多い ・ 普通 ・ 少ない		多い ・ 普通 ・ 少ない				午前 ml / 食後 ml / おやつ後 ml / 他			
	水分量	普通 ・ 少ない		普通 ・ 少ない							
	食欲	普通 ・ 少ない ・ 食べない		普通 ・ 少ない ・ 食べない							
	食事内容										
	内服	飲めた ・ 飲めない		飲めた ・ 飲めない		内服中のお薬		いつもの飲ませ方			
	機嫌	良 ・ 悪 ・ グッタリ		良 ・ 悪 ・ グッタリ							
	排泄	ひとりで ・ 手助け ・ おむつ					明日の利用希望				

上記のとおり、病児保育を利用したいので、申し込みます。
なお、利用期間中は、施設の指示に従います。
また、病状の変化により病児保育を中止し、必要に応じて医療を施すことを了承します。

年 月 日

近江八幡市長 宛

保護者氏名