

登録 番号	
----------	--

病後児保育室利用登録票

登録日：平成 年 月 日

(ふりがな) お子さんのお名前		男・女		男・女
生年月日		平成 年 月 日 (歳 月)	平成 年 月 日 (歳 月)	
保育園名		公立・私立 保育園	公立・私立 保育園	
家庭での様子	平熱	℃	℃	
	アレルギー			
	性格			
	その他			
(ふりがな) お子さんのお名前		男・女		男・女
生年月日		平成 年 月 日 (歳 月)	平成 年 月 日 (歳 月)	
保育園名		公立・私立 保育園	公立・私立 保育園	
家庭での様子	平熱	℃	℃	
	アレルギー			
	性格			
	その他			

住所		自宅 電話	
保護者氏名	印		

保護者状況			
父 氏名			
勤務先名			
勤務先住所			
勤務先 TEL		携帯 TEL	
母 氏名			
勤務先名			
勤務先住所			
勤務先 TEL		携帯 TEL	
緊急時の連絡先	父 ・ 母		

病後児保育室利用申込書

病後児保育室を利用する際に、記入してご持参ください。
 また、連続して利用（同じ病気で2日目から7日目）する場合は、太枠のみの記入で構いません。
 利用日：令和 年 月 日

（ふりがな） お子さまのお名前	男・女	生年月日	平成・令和 （ 歳 月 日）
住所			
保護者氏名	緊急連絡先	TEL	
かかりつけ医	かかりつけ医TEL		

主な症状（○印をお付けください） 発熱・下痢・おう吐・咳・ぜい鳴（ゼーゼー、ヒューヒュー）・発疹・湿疹 その他（具体的にお書きください）
昨日から今朝までの様子をお書きください（症状）。
○就寝時間【 時 分頃】～起床時間【 時 分頃】 ○寝ている時はどんな様子でしたか？（ ） ○朝食は ・（ ）時頃食べた 内容：保育中のミルクの予定時間 ・食べていない ※食欲の有無（普通・不良） 最後の尿と便の時間 ・尿（ ）時頃 ・便（ ）日（ ）時頃（固・普・軟・水様） ○便の量と色 固・普の場合 ⇒ いつもの量と比べて（多・普・少） 軟・水様の場合 ⇒ いつもの量と比べて（多・普・少）／どんな色でしたか（ 色） ○体温（昨夜 ℃）（今朝 ℃） ○解熱剤は ・使用していない ・使用した（ 回 最後の使用時間 時頃） ※ふだん解熱剤を使用する体温（ ℃） ○今朝の薬の時間（ 時 分頃）内服 ○日中の薬の時間 ①（ 時頃） ②（ 時頃）
○お子さんへの薬の飲ませ方を教えてください。 ○いつものお昼寝の時間は？（ ）時頃から（ ）時間位 ○現在までの熱性けいれんの有無 ①有 ②無 ⇒ 最後のけいれんは（ 才 ヶ月） ○アレルギー食の有無 ①有 ②無 ⇒ 除去食（ ） ○オムツとトイレの状況 ①常時オムツ ②お昼寝のみオムツ ③トイレトレーニング中 ④オムツは使用していない
お迎え予定時間 時 分頃 お迎え予定の方

上記のとおり病後児保育を利用したく申請します。

聖マリアこども園 宛て

申込者 住所
氏名
電話

様式第3号 (第8条関係)

診療情報提供書

平成 年 月 日

病後児保育診療情報提供書

菰野町長 様

医療機関 住所
名称
医師名
電話番号

印

病後児保育の利用に当たり必要な情報について下記のとおり提供します。

児童氏名	男 女	生年 月日	平成 年 月 日 (歳 ヲ月)
住所	電話番号		
病名	01 咽頭炎・上気道炎	09	主な症状 01 発熱 02 下痢 03 嘔吐 04 咳 05 喘鳴 06 発疹 07 その他
	02 扁桃炎	10	
	03 気管支炎	11	
	04	12	
	05	13	
	06	14	
	07	15 その他 ()	
	08	16 病名不明	
	08	16 病名不明	
症状 症状の経過 治療状況等			
病後児保育 利用期間 (最長7日間)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 まで		
既往歴 家族歴			
安静度	01 室内保育 02 室内安静 03 その他 ()		
食事に関する 特別な指示	アレルギー あり 不明 除去食品 ()		食事形態 普・軟・その他
処方内容	与薬時間 食前 食間 食後 その他 ()		
	薬品名・用量・用法		
その他注意事項			