

病後児保育事業利用申請書

年 月 日

喜志麻保育園 園長宛

保護者 住 所
氏 名 印

緊急連絡先 (続 柄)

病後児保育事業の利用を希望するので、次のとおり申請します。

ふりがな		男 ・ 女	生年月日	年 月 日
利用児氏名			年 齢	歳 カ月

【申請欄】

利用期間	年 月 日 時 分	～	年 月 日 時 分
保護者が家庭内で保育できない理由 ・勤務の都合 ・その他()			
診断名 ()			
今朝の体温 ℃ (平熱 ℃) 昨日の最高体温 ℃			
今回の病気について(該当するところに○をつけ、必要事項を記入してください。)			
1. 発熱はありますか ない ・ ある → いつから()			
2. せきは出ますか 出ない ・ 出る → いつから ()			
3. 鼻水はでますか 出ない ・ 出る → いつから ()			
4. 痛みはありますか ない ・ ある →(頭・のど・おなか・耳(右・左)・その他())			
5. 吐き気はありますか ない ・ ある → いつから(日 時頃から 回/日) 最後の嘔吐は(日 時頃)			
6. 下痢はしていますか ない ・ している →いつから(日 時頃から 回/日) 今日 回			
7. 水分は飲めていますか 飲める ・ あまり飲めない			
8. おしっこの回数は いつもと同じ ・ やや少ない ・ 少ない			
9. 発疹は出ていますか ない ・ ある →(顔・足・おなか・背中・口・その他()) →いつから(月 日頃から)			
10. 発病時から今朝にかけての症状について簡潔に記入してください。			
昼 食	要 ・ 不要	普段の午睡時間	時 分 ～ 時 分
食事制限の指示をかかりつけ医から受けている場合は具体的にお書きください。 例：食物アレルギーがあるため ○○を除去している			
その他(体質や癖などの心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。)			
好きな遊び・おもちゃ・動物・キャラクターなどお書きください。			

(裏 面)

かかりつけ 病 院 等		保育所(園)	
緊急連絡先	1	(続 柄)	電話番号
	2	(続 柄)	電話番号

既 往 歴	今までに行った予防接種 ・BCG 未・済 ・日本脳炎 未・済 ・ポリオ 未・済 ・水痘(みずぼうそう) 未・済 ・四種混合1期(1・2・3)・追加・未 ・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 未・済 ・麻しん風しん 1期・2期 未・済 ・その他予防接種()		
	今までにかかったことのある病気 ・水痘(みずぼうそう) 年 月 ・百日咳 年 月 ・風しん(三日はしか) 年 月 ・麻しん(はしか) 年 月 ・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 年 月 ・その他() 年 月 () 年 月 () 年 月		
	突発性発疹	未 ・ 済	
	熱性けいれんを起こしたことはありますか？	有 ・ 無	
	※有の場合	()回 (初回) 年 月 / (最終) 年 月	
	けいれんを起こしたことはありますか？	有 ・ 無	
	※有の場合	その時の状況を記載	
	アレルギーを起こしたことはありますか？	有 ・ 無	
	※有の場合	食 物……食品名()	
		くすり……薬品名()	
環 境……(ダニ・ハウスダスト・動物・その他())			
常 備 薬	内服 ・ 吸入 ・ 坐薬 ・ 外用 ・ その他()		