

さくら保育園病後児保育室 利用申込書

平成 年 月 日

さくら保育園病後児保育室
病後児保育室施設長 様

申込者(保護者)氏名 _____ 印

病後児保育を受けたいので、次のとおり申し込みます。

ふりがな								
児童氏名								
	登録							
	番号							
看護できない理由	<input type="checkbox"/> 勤務の場合 <input type="checkbox"/> その他()							
緊急連絡先 *必ず1か2で連絡がつくこと。	*該当するものに☑を付ける。							
	1	<input type="checkbox"/> 携帯(続柄:) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先						
		電話: ()						
	2	<input type="checkbox"/> 携帯(続柄:) <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 勤務先						
	電話: ()							
ふりがな								
お迎えする方のお名前								
お迎え予定時刻:	時 分(続柄: 父・母・祖父・祖母・その他())							
連絡先(上記1, 2以外の場合):								

今回見られる病状についてお書きください。

診断名	診断名:	
	発症日: 年 月 日	
本日見られる症状 * □に☑してください。 * ()内に○印を付けてください。	本日の症状及び昨日の様子とくらべての本日の様子	
	<input type="checkbox"/> 発熱 (改善 継続 悪化) (:)(°C)	<input type="checkbox"/> 腹痛 (改善 継続 悪化)
	<input type="checkbox"/> 吐き気 (改善 継続 悪化)	<input type="checkbox"/> 下痢 (改善 継続 悪化)
	<input type="checkbox"/> 鼻水 (改善 継続 悪化)	<input type="checkbox"/> その他 (症状)
	<input type="checkbox"/> せき (改善 継続 悪化)	<input type="checkbox"/> 喘鳴 (改善 継続 悪化)
	まわりで流行している病気 ()	
与薬について	・座薬(: 使用) ・けいれん止め(: 使用)	・吐き気止め(: 使用) ・自宅吸入(有・無 : 使用)
明日の利用をしますか?	利用する・利用しない	