

## 病後児保育室利用申込書（兼利用確認書）

実施施設長 様

保護者住所	札幌市	区
(フリガナ)	( )	児童と
保護者指名		の関係
電話番号	-	-

病後児保育室の利用について、関係書類を添えて、下記のとおり申し込みます。

(フリガナ)	( )	<input type="checkbox"/> 男	生年	平成・令和
児童氏名		<input type="checkbox"/> 女	月日	年 月 日 ( 歳 か月)
児童住所	札幌市 区			
保育状況	<input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 認可保育所 <input type="checkbox"/> その他保育施設 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保護者が自宅で保育			
申込み理由	<input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
利用希望機関	令和 年 月 日～令和 年 月 日	}	の ( ) 日間	
	令和 年 月 日～令和 年 月 日			
	令和 年 月 日～令和 年 月 日			
児童の送迎	入所 (入所時間: 時 分頃 連れて来る方の氏名: )		児童との関係: ( )	
	退所 (お迎え時間: 時 分頃 迎えに来る方の氏名: )		児童との関係: ( )	
緊急時の連絡先	①氏名 ( )	児童との関係: ( )	連絡先名 ( )	電話 - -
	②氏名 ( )	児童との関係: ( )	連絡先名 ( )	電話 - -
健康保険証番号	記号:	番号:	保険者番号:	
児童の症状	①病名: ※病後児保育室利用連絡書の病名を記載			
	②保育所、小学校等はいつから休んでいますか。 月 日から			
	③現在の症状 ※今朝の体温 ( °C)			
	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気			
	<input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> めやに <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	④服用はしていますか。 ( <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)			
	→薬の名前 ( ) 直近の服薬 ( 月 日 時頃)			
	⑤解熱剤は使用しましたか。 ( <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ) →直近の使用 ( 月 日 時頃)			
⑥下痢をしていますか。 ( <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)				
→便の状態 ( <input type="checkbox"/> 柔便 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 水様 <input type="checkbox"/> 粘液様 <input type="checkbox"/> 血便) 直近の排便 ( 月 日 時頃)				
⑦水分は取れていますか。 ( <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)				
⑧昨夜はよく眠れていましたか。 ( <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ)				

(利用確認欄) ※最終日に記入

このたび、病児後保育室を				
令和 年 月 日	～	令和 年 月 日	}	の ( ) 日間利用いたしました。
令和 年 月 日	～	令和 年 月 日		
令和 年 月 日	～	令和 年 月 日		
令和 年 月 日			保護者指名 (印)	