

年 月 日

設置者 様

保護者氏名

病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり申し込みます。

(ふりがな)		年 月 日生 (歳 ヶ月)	
児童氏名			
住所		電話番号	
利用を希望する理由			
1 就労 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭			
6 その他 ()			
利用を希望する日及び時間	年 月 日()から 年 月 日()まで		
	午前・午後 時 分から 午前・午後 時 分まで		
緊急連絡先	連絡先① 氏名	連絡先の名称	
	電話番号		
	連絡先② 氏名	(①以外の保護者) 連絡先の名称	
	電話番号		
※事務処理欄（記入しないでください）		登録番号	—
利用料金 円	利用料免除の有無：無・有		

保護者からの病状連絡票

体重 kg

どのような症状がありますか？またそれはいつからですか？			
ご家族や保育園など周囲の流行はありますか？			
ご家族 なし・あり ありの場合、続柄と症状()			
保育園・幼稚園 なし・あり ありの場合、症状()			
熱	排便		
昨夜()°C	昨夜()回	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 水様
今朝()°C	今朝()回	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 水様
食事 昨夜 なし・あり	量(いつもの 割程度)		昨夜の睡眠
今朝 なし・あり	(内容)		就寝()時頃 <input type="checkbox"/> よく眠れた
	量(いつもの 割程度)		起床()時頃 <input type="checkbox"/> あまり眠れなかった
			<input type="checkbox"/> ほとんど眠れていない
今朝の服用薬と服用時間		機嫌	
名称()		昨日 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い	
時 分 内服・外用・座薬・吸入		今朝 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い	
解熱剤の使用について		その他 気になることがあればお書きください	
最終時間は()時頃			
お迎え時間(:) 父・母 その他()			