

病後児保育事業利用申込書

様

ふりがな			
利用児童氏名	男・女 生年月日 年 月 日生 (満 歳 か月)		
利用期間	平成 年 月 日 ～ 月 日(日間)		
現在の症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> その他 ()		
薬の有無	無 ・ 有 ※薬の処方内容が分かる説明書を持参してください。		
お迎え予定者・時間	氏名： 利用児童との関係 () 時間： 時 分ごろ		
利用の理由	就労・求職・冠婚葬祭・通院・出産・その他 ()		
登録時から変更がなければ記入不要	登録時から変わったアレルギーの有無	無 ・ 有 (症状)	
	登録時から変わった既往歴 (✓をつける)	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 風疹 (三日ばしか) <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 (りんご病) <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (牛乳・卵・小麦・そば・大豆・その他) <input type="checkbox"/> その他	
	登録時から変わった予防接種歴 (✓をつける)	<input type="checkbox"/> B.C.G (結核) <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) <input type="checkbox"/> 風疹 (三日ばしか) <input type="checkbox"/> M.R (麻疹・風疹混合) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> D.P.T (ジフテリア・百日咳・破傷風3種混合) <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 2種混合 (ジフテリア・破傷風) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	登録時から変わった緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 保護者連絡先 (会社名等) 電話 児童との続柄： _____	

医師の診察を受け、説明を受けた上で病後児保育を申し込みます。なお、予測できない状況が起こる可能性が高いこと、投薬による危険性が高いことを認識・理解した上で利用を申し込みます。

平成 年 月 日 保護者名 (自署)