

病児・病後児保育事業利用申込書

年 月 日

すずらん保育園 園長 様

病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり誓約のうえ、申し込みます。

利用期間中は、実施施設の指示に従います。また、子どもの状態が変化して対応が困難になったときは、

病児・病後児保育事業の利用中止に同意します。

保護者氏名 (印)		住 所			
		連絡先			
ふりがな 児 童 名	()	性 別	生年月日		年 齢
		男 ・ 女	年	月	日生
緊急連絡先	第1連絡先	(氏名)	(続柄:)		
※利用時は 確実に連絡 が取れるよ うにしてく ださい。	実施施設への所要時間 約 分		(携帯電話)		
	移動手段:		(職場電話)		
	第2連絡先	(氏名)	(続柄:)		
	実施施設への所要時間 約 分		(携帯電話)		
移動手段:		(職場電話)			
利用の理由	父 <input type="checkbox"/> 就労 () <input type="checkbox"/> 就労以外 () 母 <input type="checkbox"/> 就労 () <input type="checkbox"/> 就労以外 ()				
利用期間・時間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間) 時 分 ~ 時 分				
お迎えに来る人	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()				
病名					
病気の経過					
現在の主な症状					
熱性けいれんの有無	<input type="checkbox"/> 有 (°C以上) (回) <input type="checkbox"/> 無				
アレルギー体質の有無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無				
与薬の依頼	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 (時) <input type="checkbox"/> 食後) ・ 与薬内容 () <input type="checkbox"/> 無				
現在の食事について	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人口 <input type="checkbox"/> 混合 (1回 _____cc × _____回) <input type="checkbox"/> 離乳食 (<input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期) <input type="checkbox"/> 幼児食 (<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食) <input type="checkbox"/> アレルギー食 (除去内容:)				
食事状況	<input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一人で食べられるがかなりこぼす <input type="checkbox"/> 一人で食べられる				
発達状況	<input type="checkbox"/> 座る <input type="checkbox"/> はう <input type="checkbox"/> 立つ <input type="checkbox"/> 伝え歩き <input type="checkbox"/> 自立歩行				
排泄の様子	<input type="checkbox"/> おむつ (<input type="checkbox"/> 教える <input type="checkbox"/> 教えない) <input type="checkbox"/> 時々おもらし <input type="checkbox"/> 自立				
睡眠の様子	夜 時 ~ 朝 時 お昼寝 時 ~ 時				