

様式第2号(第6条関係)

病児・病後児保育利用申込書

年 月 日

株式会社 Lateral kids

もりのなかま保育園古川北町園病児保育室 様

保護者住所

保護者氏名

電話番号

下記のとおり【病児・病後児】保育の利用を申込みます。

なお、この申込みによる病児・病後児保育の利用に係る保護者負担額等の決定に必要な範囲内で、対象児童の保護者の住民情報及び税務情報等の公簿を、大崎市が閲覧し、取得し、及び決定された保護者負担額等の内容について入所希望施設へ提供することに同意します。

記

入所希望施設	<u>病児保育</u>	<input type="checkbox"/> もりのなかま保育園古川北町園
	<u>病後児保育</u>	<input type="checkbox"/> 田尻すまいる園 <input type="checkbox"/> 古川くりの木保育園
児童の氏名		
利用希望期間及び時間	年 月 日～ 年 月 日(日間) 時～ 時 ※利用期間は、日曜日及び祝日を除いて連続7日間までとなります。	
緊急時の連絡先	(携帯番号) (電話番号)	
その他連絡事項等		

備考 1 申込みの際は、必ず医療機関で記入してもらった「病児・病後児保育実施連絡票 (様式第1号)」を添付してください(手数料がかかる場合があります)。

2 投薬がある場合には、必ず処方箋の写しを添付してください。

園記入欄

登録 番号									
----------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* 該当するものに☑をつけて下さい

わたしは、もりのなかま保育園古川北町園のホームページ、または利用登録用紙の裏面にあります「同意書・重要事項確認書」を確認し、内容に同意しました。
※まだ確認されていない場合は、利用申し込み時に確認いただきます。

確認済み	チェック欄
------	-------

もりのなかま保育園病児保育室ブログにお子さまの写真を載せることに

同意 します	チェック欄	同意 しません	チェック欄
-----------	-------	------------	-------

看護できない理由	<input type="checkbox"/> 勤務のため	<input type="checkbox"/> その他()
ふりがな		
お迎えに来られる方のお名前		
お迎え予定時刻	時 分	続柄: 父・母・()

本日の症状 *昨日と比べた様子を()に○をつけて下さい	<input type="checkbox"/> 発熱 (改善 継続 悪化) 最高(. °C)	
	<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"/> 鼻づまり(改善 継続 悪化)
	<input type="checkbox"/> せき (改善 継続 悪化)	<input type="checkbox"/> 喘鳴 (改善 継続 悪化)
	<input type="checkbox"/> 腹痛 (改善 継続 悪化)	<input type="checkbox"/> その他 症状を詳しく記載して下さい ()
薬の使用について	<input type="checkbox"/> 解熱剤内服・座薬 (: に使用) <input type="checkbox"/> けいれん止め (: に使用)	
	<input type="checkbox"/> 吐き気止め内服・座薬 (: に使用) <input type="checkbox"/> 吸入 (: に使用)	
起床時間	: に起床 (よく眠れた・何度か目が覚めた・全然眠れなかった)	
入室前の食事について *食べた内容や量を記入して下さい	: 頃に を食べた	
最後の排泄時間	尿 (:) 便 (:) <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トイレ	