

保護者記入

令和 年 月 日記入

医療法人 悦省会 武の子保育園 病児保育事業利用申込書

医療法人 悦省会 武の子保育園

保護者署名

- 次のとおり、医療法人悦省会 病児保育事業を利用したいので、医師より診断の説明を受けたうえ、主治医の連絡書を添付し、申し込みます。
- 病児保育事業の利用期間中は、病児保育事業実施医療機関の指示に従います。
- 児童の状態が変化して病児保育事業での対応が困難になり、病児保育事業実施期間が利用を不相当と認めた時は、病児保育事業の利用の中止に同意します。

保護者	保護者氏名 続柄() ふりがな		勤務先名	
	携帯番号 - -		所在地 電話番号	
連絡先 緊急	氏名(第一) 関係() ふりがな		氏名(第二) 関係() ふりがな	
	連絡先 - -		連絡先 - -	
お迎え	来園される方の氏名 関係() ふりがな		連絡先 - -	
登録児童	児童氏名		性別	
	(ふりがな)		生年月日	
			年 月 日生	
			(歳 か月)	
	住所(〒 -) 電話 ()			
	通園施設			
	1 保育所に通園している → 施設名 (市)			
	2 通園していない			
	電話			
	かかりつけの医師			
	医療機関名		電話 ()	担当医師名
	利用期間			
今回の病気 について	病名		今朝の体温	
	現在の症状(当てはまるものに○をつけて下さい)			
	発熱 発疹 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 下痢 吐き気			
	食欲低下 頭痛 目やに その他()			
	保育園などで流行っている病気はありますか? ない・ある()			
栄養方法	処方薬を受けて(いる・いない) 市販薬を飲んで(いる・いない)			
	□授乳中(①母乳 ②人工 ③混合 1回 cc× 回)			
	□離乳中(①ドロドロ ②舌でつぶせる ③歯茎でつぶせる ④歯でかめる)			
食事状況	□普通食 アレルギー等による食事制限(①必要 ②不必要)			
	①全面介助 ②一人で食べるがかなりこぼす ③一人で食べる(はし・スプーン)			
行動	①寝ている ②首が座っている ③寝返る ④座る ⑤はう ⑥立つ ⑦つたい歩き			
	⑧歩行自由 ⑨睡眠 (入眠方法:)			
排泄	①おむつ(排泄教える・教えない) ②時々おもらし ③自立			

○利用料(給食費等の実費除く): 一人一日3,000円