

五所川原市病後児保育事業 利用申請書

(病後児保育事業実施機関名)

みどりの風アイリス

申請者

- 次のとおり、五所川原市病後児保育事業を利用したいので、医師連絡票を添付して申し込みます。
- 病後児保育事業の利用期間中は、病後児保育事業実施施設の指示に従います。
- 児童の状態が変化して病後児保育事業での対応が困難になり、病後児保育実施施設が利用を不適当と認めたときは、病後児保育事業の利用の中止に同意します。

登録児童	児童氏名	性別	生年月日
	(ふりがな)		平成・令和 年 月 日生まれ (歳 ヶ月)
	住所(〒 -)		
	通園施設等 <input type="checkbox"/> 通園していない <input type="checkbox"/> 通園している (施設名:)		
	かかりつけ医		
	医療機関名	() 電話 - -	
	利用期間	申請時 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)	
	今回の病気について	病名	今朝の体温 °C
		現在の症状(当てはまるものをチェックしてください。)	
		<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <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"/> めやに <input type="checkbox"/> その他	
		通園施設等で流行っている病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
	栄養方法	処方薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 市販薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
		<input type="checkbox"/> 授乳中(<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合 cc/回× 回)	
		<input type="checkbox"/> 離乳食(<input type="checkbox"/> ドロドロ <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> 歯茎でつぶせる <input type="checkbox"/> 歯でかめる)	
食事状況	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> アレルギー等による食事制限 <input type="checkbox"/> 不必要 <input type="checkbox"/> 必要		
行動	<input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一人で食べるがこぼす <input type="checkbox"/> 一人で食べる(はし・スプーン)		
	<input type="checkbox"/> 寝ている <input type="checkbox"/> 首がすわっている <input type="checkbox"/> 寝返る <input type="checkbox"/> 座る <input type="checkbox"/> 這う		
排泄	<input type="checkbox"/> 立つ <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 歩行自由 <input type="checkbox"/> 睡眠(方法:)		
排 泄	<input type="checkbox"/> おむつ(排泄を教える 教えない) <input type="checkbox"/> 時々おもらし <input type="checkbox"/> 自立		
注意事項			
健康保険証	種 類	社保 ・ 国保 ・ 共済 ・ 船員 ・ その他()	
	ふりがな 被保険者氏名		
	記号・番号	記号 番号	
	事業所名		
緊急連絡先	第1連絡先	名前() 電話番号() 児童との関係 ()	
	第2連絡先	名前() 電話番号() 児童との関係 ()	