

利用

病児保育ころん 利用申請書

登録番号

大木町長様

年 月 日

病児・病後児保育施設の利用を申請いたします。また、利用期間中は、施設の長の指示に従います。

ふりがな 児童名		男 女	生年月日 年 月 日生 年 齡 歳 か月
利用日時	月 日() 時 分～ 時 分		
保護者名	お迎えの方		
必ず連絡がとれる 緊急連絡先	① 続柄() 電話 — —		
	② 続柄() 電話 — —		
今回の病気 について	【発症日】 月 日 【受診日】 月 日 【現在の症状】 (該当するものに○印をつけてください) 発熱 咳 鼻水 頭痛 便秘 嘔吐 下痢 腹痛 蕁麻疹 発疹 目やに 元気がない 食欲がない 眠れていない その他() 【体温】 昨夜 ℃ 今朝 ℃ 【解熱剤の使用】 なし・あり (使用時間 時 分頃)		
子どもの 様子	【朝食】 時 分頃食べた・食べていない 【食欲】 普通・不良 【朝食の内容】() 【最後の尿と便の時間】 尿 時 分頃 (普通・少量) 便 時 分頃 (固・普・軟・水様) 【昨日から今朝までの様子】 ()		
与薬依頼	【利用時間中の与薬】 あり・なし 【薬の種類】 内服(そのまま・水で溶く) 吸入 点眼 点鼻 塗り薬 【与薬についての詳細】 食前 食後 時間指定() 右眼 左眼 部位指定()		
健康保険証	保険者名称()記号()番号() 枝番()※枝番はない場合もあります		
こども医療証	受給者番号()有効期限()		
アレルギーを起こす食物・薬物	なし・あり()		
熱性けいれん・てんかんの既往	なし・あり(最終けいれん日・部位等)		
オムツの使用状況	常時・お昼寝時のみ・使用していない		
トイレの自立度	介助が必要(手助け 見守り 声かけ 誘導等)・自立		
備考			

