

稲美町病後児保育事業利用申請書

年 月 日

事業実施施設長 様

住所

氏名（保護者）

印

連絡先（ ） -

稲美町病後児保育医師連絡票を添えて、通常保育よりも予測不能な状況が起こり得る危険性が高いこと、及び投薬についても同様にその危険性が高いことを認識、理解した上で利用を申し込みます。なお、利用にあたっては実施施設の指導に従います。

※記名押印に代えて、署名（自署）によることも可能です。

ふりがな 児童氏名	男 女	愛称 ()	当該児童との 続柄	
生年月日	年 月 日 (歳 か月)			
通園施設名等	____保育園・幼稚園 (歳児) ____小学校 (年生) 在宅・その他 ()			
かかりつけの 医療機関	医療機関名 担当医名 電話 () -			
緊急時の 連絡先	①氏名等		電話 ()	-
	②氏名等		電話 ()	-
利用予定日	月 日 () ~ 月 日 ()		利用予定時間	: ~ :

以下、該当項目に○を付けてください。また、必要な項目は記入してください。

・今回の病気について

診断名	
主な症状	・発熱____℃ ・平熱____℃ ・下痢 ・嘔吐 ・咳 ・発疹 ・その他 ()
現在の食事	・授乳期 (母乳 ・ 人工 ・ 混合) 1回____CC×____回 ・離乳期 (前期 ・ 中期 ・ 後期) ・幼児期 (普通食) ・アレルギー食 (除去内容:)
その他の病気やケガ	有 (内容:) ・ 無

・普段の様子

食事	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
行動	①寝ている ②首がすわっている ③寝返る ④座る ⑤はう ⑥立つ ⑦伝い歩き ⑧歩行自由
排泄	①おむつ (排泄を教える・教えない) ②時々おもらし ③自立
睡眠	夜 : ~朝 : お昼寝 : ~ :
遊び	
発達上気になること	
性格	
その他伝えたい事項	