

阿賀野市病児保育事業利用申請書

病児保育室を利用するにあたり、あがの市民病院小児科医が所用で不在となることを承知し、下記事項について同意します。

- ① こどもの症状に変化があり、病児保育室から連絡を受けた場合は、直ちに迎えにきます。
- ② 病児保育室の看護師が受診の必要があると判断した場合は、かかりつけ医若しくは救急搬送を行ってもらい、受診、治療、処置等を行っていただくことに異存ありません。その際発生する医療費等は保護者が負担します。

令和 年 月 日

阿賀野市長 様

		登録番号	-	
利 用 児 童	氏名	男・女		
	生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)		
	園名等	保育園・幼稚園・小学校		
お迎え予定	氏名		予定時間	時 分 ころ
緊急時連絡先①	氏名		電話番号	- -
緊急時連絡先②	氏名		電話番号	- -
利用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間を予定)			

【処理欄】

承諾	No.	-		利用料	済
	期間	月 日 ~ 月 日			未納

裏面に続きます。

(裏)

下記のとおり、利用児童の状況について申告します

発症から今朝までの経過と症状について簡潔に記入してください	
病名	
処方薬	ない・ある 医薬品名〔 〕
体温	今朝の体温〔 ℃〕 昨日の最高体温〔 ℃〕 平熱〔 ℃〕
せき	でない・でる〔コンコン・ゴホゴホ・ゼーゼー・ケンケン・その他 〕
鼻水	でない・でる〔水鼻・青鼻〕
痛み	ない・ある〔頭・のど・おなか・耳(右・左)・その他()〕
食欲	ある・ない
吐き気	ない・ある いつから〔 日 時頃から 回 最後の嘔吐は 日 時頃〕
水分	とれている・あまりとれていない・とれていない
排尿	いつもと同じ・やや少ない・少ない
便秘	していない・している〔 日から〕
発疹	ない・ある〔顔・足・おなか・おしり・背中・口・その他()〕 いつ頃からでているか〔 月 日頃から〕
アレルギー	ない・ある〔食物・薬・その他()〕 処方されている医薬品等〔 〕 注意点〔 〕
食事	1人で食べる・食べさせてもらう・その他〔 〕
ミルク	哺乳方法〔哺乳瓶・マグカップ・その他()〕 哺乳間隔〔 時間ごと〕 1回の量〔 cc〕 最終哺乳時間と量〔 時 分 cc〕
睡眠	どのように寝かせているか〔1人で寝る・添い寝・おんぶ・抱っこ・その他()〕 寝るときの癖はあるか〔ない・ある()〕 昨夜の状況〔よく寝れた・寝れなかった〕 睡眠時間〔 時 分 ～ 時 分〕
排泄	1人でできる・1人でできないが知らせる・オムツを使用 最終排便〔 日 時頃〕 下痢〔していない・している(日 時頃から 回/日) 今日は 回〕
遊び	どんな遊びが好きか〔 〕
保育園・幼稚園・小学校で流行っている病気はありますか？〔ない・ある(病名)〕	
昨日から今日にかけて解熱剤を使用しましたか？〔使用していない・使用した(座薬・内服)〕	

※該当するところに○をつけ、必要事項を記入してください。