

登録番号	—	—
症例区分 (実施者が記入)		

病児対応型・病後児対応型事業利用申込書

平成 年 月 日

事業実施者 様

住 所 _____

利用者氏名

次のとおり病児対応型・病後児対応型事業を利用したいので申し込みます。

(ふりがな) 児童氏名	平成 年 月 日生 (歳 か月)	男・女
利用を希望する時間	午前・後 時 分から 午前・後 時 分まで	
利用日の緊急連絡先	父・母・その他 () 連絡先の名称 電話番号	
お迎えにくる方	氏名 お子さんとの続柄	
利用を希望する理由 ※該当する欄をご記入ください。	就労 父 勤務先名称: 住所: 母 勤務先名称: 住所:	
	職業訓練 訓練先: 電話:	
	傷病 診断名: 病・医院名:	
	出産 出産日又は予定日: 平成 年 月 日	
	看護及び介護 看護・介護の相手: 場所: その他 (事故・冠婚葬祭 等)	
生活保護世帯の確認	生活保護世帯に該当 する ・ しない *該当する場合は生活保護証明書を持参してください。	

薬 の 依 頼 書

下記のとおり医師により処方された薬を服用・塗布していますので、保育中についても与薬してください。

処方した病院名	
処方日 (薬をもらった日)	
病 名	
・薬の名前と種類 薬の名前	*形状: 粉薬=粉 水薬=水 錠剤=錠 塗り薬=塗 薬 の 内 容
①[] ()	抗生物質・咳止め・鼻水止め・下痢止め・吐き気止め・解熱剤・その他
②[] ()	抗生物質・咳止め・鼻水止め・下痢止め・吐き気止め・解熱剤・その他
③[] ()	抗生物質・咳止め・鼻水止め・下痢止め・吐き気止め・解熱剤・その他
④[] ()	抗生物質・咳止め・鼻水止め・下痢止め・吐き気止め・解熱剤・その他
・服用・塗布する時間	
①の薬の服用・塗布の時間	食前・食後・食間・その他 ()
②の薬の服用・塗布の時間	食前・食後・食間・その他 ()
③の薬の服用・塗布の時間	食前・食後・食間・その他 ()
④の薬の服用・塗布の時間	食前・食後・食間・その他 ()
与薬方法:	
<input type="checkbox"/> 水に溶かして飲む <input type="checkbox"/> 口に直接入れて飲む <input type="checkbox"/> ゼリー等に混ぜて飲む (ゼリー持参)	
与薬時の様子: <input type="checkbox"/> 嫌がらずに飲む <input type="checkbox"/> 飲むのを嫌がる	

*薬には、氏名を記入してお持ちください。

*医師・薬剤師による薬剤情報提供書があればコピーを添付してください。

(市販薬のお預りはしませんのでご了承ください。)

家庭からの連絡表

年 月 日 児童氏名 歳 ヶ月 kg
 前日10時 12 14 16 18 20 22 0 2 4 6 8 10 12

体温													
睡眠													
食事 おやつ													
水分 ミルク													
尿													
便(形状記入)													
くすり 吸入													
お子さん の様子													

1. お子さまの状況について

具合が悪くなった日	月 日頃
医師の診断を受けた日	月 日
診断された病名	
処方された薬を服用しているか	はい ・ いいえ
服用している薬の種類	抗生物質・咳止め・鼻水止め・下痢止め
	吐き気止め・その他()

★保育中に上記の処方薬の服用を希望される場合は、表面の薬の依頼書に必ずご記入ください。

2. お子さまの様子について

鼻水	多い 少ない ない	睡眠	良眠 不眠
咳	多い 少ない ない	食事	夕食： 普通食・軟食
喘鳴	多い 少ない ない		量： 普通 ・少量
嘔吐	夜 無：有(回)	機嫌	朝食： 普通食・軟食
	翌朝 無：有(回)		量： 普通 ・少量
尿	多い 普通 少ない	良好 倦怠 興奮	
水分量	夕： 普通 ・少量	安静度	寝かせていた
	翌朝： 普通 ・少量		起きて遊んでいた

3. その他気になることや要望などがありましたらご記入ください。

()