

第3号様式

登録番号	-	-
症例区分（実施者が記入）		

船橋市病児対応型・病後児対応型事業利用申込書

令和 年 月 日

事業実施者 様

住 所
利用者氏名

次のとおり船橋市病児対応型・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	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： 令和 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） 令和 年 月 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 形状 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。
- *市販薬のお預かりはしませんでしたのでご了承ください。
- *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。

※ご登録いただいた個人情報は、事業の実施の範囲内で利用いたします。個人情報の収集目的を越えた利用及び提供は、個人情報の保護に関する法律で定める場合を除き、一切いたしません。

第3号様式裏面
家庭からの連絡表

令和 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）		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	機 嫌	良好 倦怠 興奮
水分量	夕 ： 普通 ・少量	安静度	寝かせていた 起きて遊んでいた
	翌朝： 普通 ・少量		

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。