

## 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 ケ月

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	抗生素質・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	
	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。