

## 病後児保育利用（変更） 申込書

申込日 令和 年 月 日

ひよこ乳児保育園園長 さま

申込者 (保護者)	住 所	
	氏 名	
	電話番号	

次のとおり、ひよこ乳児保育園乳幼児健康支援一次預かり事業(病後児保育)を利用したいので、病後児保育利用医師連絡書を添付して申し込みます。なお、利用期間中は施設の指示に従います。

ふりがな		男	生年月日	年 齢
児童の氏名		・	年 月 日	歳 ヶ月
通園施設などについて	<input type="checkbox"/> ①保育所、幼稚園等に通園している。 <span style="float: right;"><input type="checkbox"/>②通園していない。</span> (施設名： _____ 電話番号： _____)			
利用事項 (保護者の状況)	<input type="checkbox"/> ①勤務の都合 <input type="checkbox"/> ②疾病 <input type="checkbox"/> ③事故 <input type="checkbox"/> ④出産 <input type="checkbox"/> ⑤冠婚葬祭等 <input type="checkbox"/> ⑥その他( _____ )			
緊急連絡先①	氏 名： _____ (児童との続柄) 勤務先： _____ (勤務先住所) 電話番号： _____			
緊急連絡先②	氏 名： _____ (児童との続柄) 勤務先： _____ (勤務先住所) 電話番号： _____			
利用期間	申請時	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日 ( 日間)
	変更後	令和 年 月 日	～	令和 年 月 日 ( 日間)
今回の病気について	病 名			今朝の体温 _____ °C
				平熱 _____ °C
	現在の症状で当てはまるものに○をつけてください。 発熱 発疹 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 下痢 吐き気 食欲低下 頭痛 目やに その他( _____ )			
	保育所休所期間	令和 年 月 日から ( _____ )日間		
	処方薬をうけて( いる・いない )		市販薬をのんで( いる・いない )	
食事内容	<input type="checkbox"/> 授乳中： 母乳 人工乳 混合 (1回 _____ cc × _____ 回程度) <input type="checkbox"/> 離乳食： 前期 中期 後期 完了期 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> アレルギー食、除去食品： 卵 牛乳 大豆 その他( _____ )			
食事状況	<input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一人で食べるがかなりこぼす <input type="checkbox"/> 1人で食べる(はし、スプーン)			
行動	<input type="checkbox"/> 寝ている <input type="checkbox"/> 首がすわっている <input type="checkbox"/> 寝返る <input type="checkbox"/> 座る <input type="checkbox"/> ずりばい <input type="checkbox"/> はいはい <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 歩行自由			
排泄	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> トレーニング中(自分で知らせる ・ 教えられない) <input type="checkbox"/> トイレ			
気をつけてほしいこと				