

年 月 日

## 今治市病児保育事業利用申込書

(病児保育事業を実施する施設名)

様

今治市病児保育事業を利用したいので、申し込みます。

※太線枠内をご記入ください。

登録児童氏名		性別	生年月日	登録番号	利用年月日 (※申込日と同日の場合は記入不要)
フリガナ		<input type="checkbox"/> 男	年 月 日生	—	年 月 日
氏名	名	<input type="checkbox"/> 女	歳 か月	在籍園・学校名	あり ( ) なし

現在の症状 (おもな症状 にチェック)	<input type="checkbox"/> 発熱( 月 日頃より) <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> ゼーゼー <input type="checkbox"/> 発疹(部位 )	
	<input type="checkbox"/> 下痢[(昨夜から今朝にかけて( 回))]	
	<input type="checkbox"/> 嘔吐[(昨夜から今朝にかけて( 回))]	
	<input type="checkbox"/> その他の症状( )	
	昨夜	今朝
体温	℃ 検温時間 :	℃ 検温時間 :
水分摂取量	[ 普通・少量・無 ]	[ 普通・少量・無 ]
食事量	[ 普通・少量・無 ]	[ 普通・少量・無 ]
睡眠	眠れた・時々起きる・眠れず ( 睡眠時間 : ~ : )	
機嫌	良い ・ ぐずり気味 ・ 悪い	
薬	内服薬	<input type="checkbox"/> 飲んだ(最終使用時間 : ) <input type="checkbox"/> 飲んでいない
		持参の内服薬 有・無
	外用薬	<input type="checkbox"/> 使用した[塗り薬・点眼薬:(昨夜・今朝)] <input type="checkbox"/> 使用していない
		持参の外用薬 有・無
	屯用薬	<input type="checkbox"/> 熱さまし(最終使用時間 : ) <input type="checkbox"/> はきけ止め(最終使用時間 : )
		<input type="checkbox"/> けいれん止め(最終使用時間 : ) <input type="checkbox"/> 自宅吸入(最後に吸入した時間 : )
昨日から今日にかけて心配なことなどをご記入ください。		
アレルギー	有 ( ) ・ 無	けいれん 有 ・ 無
本日の緊急 連絡先(2名)	氏名	氏名
	Tel	Tel
お迎えに来る方	続柄	お迎えの時間 :

## 同意欄

- 病児保育事業の利用期間中は事業実施者の指示に従います。
- 子どもの容態が急激に悪化するなど病児保育室・病後児保育室での対応が困難と認めたときは、私又は私の代理人が早急に迎えに行きます。
- 事業実施者が必要と認めるときは、医療機関での受診、治療、処置を受けることに同意し、費用がかかる場合は支払います。
- 与薬の必要がある場合は、薬剤情報提供書又はお薬手帳のとおり私に代わって与薬をお願いします。
- 万一の病児保育室・病後児保育室内での感染については了承します。
- 持参した食事に関する責任については私にあります。

年 月 日

氏名: