

年 月 日

石岡市長 あて

申請者 住所
氏名 印

病後児保育事業利用申請書

登録番号		
利用希望年月日	(全日) 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	時 分 ~ 時 分まで
	(半日) 年 月 日	時 分 ~ 時 分まで
ふりがな 児童の氏名	体重 kg (男・女)	年 月 日生 (歳 月)
通っている保育所等		
昼 食	(要 ・ 不要 ・ お弁当持参) 《離乳食(前期・中期・後期)・幼児食》 ミルク・牛乳・アレルギー食は、ご持参ください。	
保護者氏名	続柄 ()	
自宅住所	電話 ()	
緊急連絡先	1 氏名 続柄 ()	勤務先等名
	2 氏名 続柄 ()	勤務先等名
利用の理由(保護者について)		
1 保護者の勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 災害 7 出張 8 学校等の公的行事 9 その他 ()		
既往歴	今までに行った予防接種	今までにかかったことのある病気
	三種混合 年 月 はしか 年 月 おたふくかぜ 年 月 みずぼうそう 年 月 その他 ()	百日咳 はしか 年 月 おたふくかぜ 年 月 みずぼうそう 年 月 風疹 年 月
歴	けいれんを起こしたことがありますか? (有 ・ 無) アレルギーの 有 ・ 無 (除去方法) 食事制限の指示を主治医から受けている場合は、具体的にお書きください。 ()	

病名			
1 主な症状に 印をおつけください。 発熱 ・ 発疹 ・ 咳 ・ 喉の痛み ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 頭痛 その他 ()			
2 いつからこの症状が始まりましたか？ 経過をお書きください。 月 日 ~			
3 昨日から今朝にかけての症状についてお書きください。			
今日の体調		体温 食欲 (有 ・ 普通 ・ 無) 機嫌 (良 ・ 普通 ・ 悪 []) 排便 (良 ・ 硬 ・ 軟 ・ 下痢 回数 回)	
お薬の依頼		(有 ・ 無) 下記のとおり与薬を依頼し、与薬の責任者は、保護者といたします。	
与薬投与		家庭での最終与薬時刻 時 分 解熱剤使用 (有 ・ 無) 最終使用時刻 時 分	
内服薬	種類	抗生物質 ・ 風邪薬 ・ 咳止め ・ 化膿止め その他 ()	
	分量	水薬 1回 種類	そのまま飲む その他 ()
		粉薬 1回 種類	そのまま飲む ・ 水に溶く その他 ()
		錠剤 1回 種類	そのまま飲む ・ 砕く その他 ()
効果		虫刺され ・ かゆみ止め ・ アトピー ・ けいれん止め ・ 結膜炎 ・ 目やに その他 ()	
外用薬	種類	ぬり薬	方法及び場所
		目薬	
		座薬	
		その他	
薬の処方日		年 月 日	
主治医 (かかりつけの医療機関など)		電話	
その他 (体質や癖など心配なこと配慮して欲しいことについて具体的にお書きください。)			