

# 桃とひよこ保育園病児室 利用申込書

桃とひよこ保育園病児室 施設長宛

年 月 日

申込者(保護者) 氏名



病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり申し込みます。

\* 該当するものに☑をつけて下さい

ふりがな			登録 番号		
児童氏名					
看護できない理由	<input type="checkbox"/> 勤務のため <input type="checkbox"/> その他( )				
緊急連絡先  *必ず連絡が取れる 番号を記入して下さい	1	<input type="checkbox"/> 携帯(続柄: ) <input type="checkbox"/> 勤務先( ) <input type="checkbox"/> 自宅			
		電話番号: ( )			
	2	<input type="checkbox"/> 携帯(続柄: ) <input type="checkbox"/> 勤務先( ) <input type="checkbox"/> 自宅			
		電話番号: ( )			
ふりがな					
お迎えに来られる方のお名前					
お迎え予定時刻	時	分	続柄: 父・母・( )		

診断名	病名:				
	診断を受けた日:				
本日の症状  *昨日と比べた様子を ( )に☑をつけて下さい	<input type="checkbox"/> 発熱 (改善 継続 悪化) 最高( : °C)				
	<input type="checkbox"/> 吐き気 (改善 継続 悪化)		<input type="checkbox"/> 下痢 (改善 継続 悪化)		
	<input type="checkbox"/> 鼻水 (改善 継続 悪化)		<input type="checkbox"/> 鼻づまり(改善 継続 悪化)		
	<input type="checkbox"/> せき (改善 継続 悪化)		<input type="checkbox"/> 喘鳴 (改善 継続 悪化)		
	<input type="checkbox"/> 腹痛 (改善 継続 悪化)		<input type="checkbox"/> その他 症状を詳しく記載して下さい ( )		
薬の使用について	<input type="checkbox"/> 解熱剤内服、座薬 ( : に使用) <input type="checkbox"/> けいれん止め ( : に使用)				
	<input type="checkbox"/> 吐き気止め内服、座薬 ( : に使用) <input type="checkbox"/> 吸入 ( : に使用)				
起床時間	: に起床 (よく眠れた・何度か目が覚めた・全然眠れなかった)				
入室前の食事について *食べた内容や量を記入して下さい	: 頃に を食べた				
最後の排泄時間	尿( : ) 便( : ) <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トイレ				
気になる事などがあれば ご記入下さい					