

(様式第1号)

病児・病後児保育利用申込書

(あて先)

川口市長

年 月 日

申込者
(保護者)

住所 川口市

氏名

緊急連絡先①

続柄

()

緊急連絡先②

続柄

()

次のとおり病児・病後児保育の利用を申請します。また、保育中の投薬を依頼します。

なお、病状悪化等緊急時において連絡がつかない場合は、病児担当医師の判断で処置及び必要に応じて緊急搬送することに同意します。

※ 太枠の中を記入してください。

児 童 氏 名	フリガナ	男・女	通園・通学先の名称
生 年 月 日	年 月 日 (歳 ヶ月)		
利 用 日	年 月 日 ※連日利用の場合: 年 月 日 から 年 月 日 まで()日間		
児童を看護 できない理由	1、勤務 2、傷病 3、事故 4、出産 5、通学 6、その他 ()		

注1 この申込書に健康保険証及び母子手帳を併せて提出してください。

注2 医療費助成制度を申請される場合(診察を伴う場合)は、受給者証も持参してください。

注3 医療機関において、病児・病後児保育を実施している場合は担当医確認欄に証明を受けてください。

担当医確認欄

上記児童は病児・病後児保育に支障ないことを証する。

担当医師名

申込番号

確認欄

生活保護受給の有無

有・無

予約方法

WEB・TEL

病名 (TELまたはWEB予約から変更の場合):

家庭からの連絡票

どちらかにチェックをお願いします
 初利用なので同意書を提出します。
 2回目以降の利用です。同意書の内容に変更なし。
 ※確認希望の場合はお声かけ下さい

病児保育室Sunny

ふりがな
 児童名： _____ 男 ・ 女 _____ 歳 _____ ヶ月

保育日： _____ 年 _____ 月 _____ 日 ()

保護者（緊急時）	(続柄)		
連絡先			
お迎えの人	名前 (続柄)		
	連絡先	お迎え時間 _____ :	

体温	昨夜 _____ °C	今朝 _____ °C	発熱 日目 _____
症状			
睡眠	起床時間 _____ :	よく眠れた ・ 何回か起きた ・ ほとんど眠れなかった	
排便	固形 _____ 軟便 _____ 泥状便 _____ 水様便 _____	今日 _____ 回 最終 _____ :	
嘔吐	あり _____ なし _____	今日 _____ 回 最終 _____ :	
家庭での服薬	内容 _____		_____ :
持参薬	内容 _____		昼食後 とんぶく その他 (_____)
アレルギー	食物 _____	その他 _____	

持参の飲食物	AMおやつ・水分 _____	昼食・水分 _____	PMおやつ・水分 _____
	ミルク	時間おきに _____ CC	ミルク _____ 回分 哺乳瓶 _____ 本

持参物	着替え _____ オムツ _____ 午睡用タオル _____ 診察券 受給者証 _____ お薬手帳 _____) 昼食 _____ おやつ _____ その他 (_____)
-----	--

食事の仕方	1人で食べる _____ 介助必要 (はし スプーン フォーク コップ ストロー) _____			
食欲	昨夜 _____	あり _____ なし _____	今朝 _____	あり _____ なし _____
排泄	自立 _____ トレーニング中 _____ 午睡中オムツ _____ 一日オムツ _____			
普段の昼寝	朝寝 _____ 昼寝 _____ 夕寝 _____ しない _____	おおよそ (_____ 時間)		

知らせておきたいこと