

病後児保育室利用申込書

能勢町長 様

保護者氏名

保護者住所

電話番号:自宅

携帯

次のとおり能勢町病後児保育室を利用したいので、診療情報提供書を添付して申し込みます。

児童の 情報	ふりがな	性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	平常時 の体温	℃	
	氏名				
	生年月日	年 月 日	年齢	歳	か月
在籍施設	歳児クラス				
利用予定期間	年 月 日 ~ 年 月 日	利用時間	時	分	
(連絡のつきやすい方から①～順に記載下さい)	① 氏名	続柄()			
	勤務先名	勤務先住所			
	勤務先電話	携帯電話			
	② 氏名	続柄()			
	勤務先名	勤務先住所			
	勤務先電話	携帯電話			
	③ 氏名	続柄()	④ 氏名	続柄()	
	住所	住所			
	自宅電話	自宅電話			
	携帯電話	携帯電話			
今回の病気	病名				
	現在の症状 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発しん <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> その他()				
	保育所等を休んだ期間 年 月 日から(日間)				
	処方箋を受けて(<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない) お預かりできる薬は、今回の診療情報提供書に記入の薬に限ります。薬の説明書をお持ちください。				
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(はし・スプーン) <input type="checkbox"/> 一人で食べる(はし・スプーン)				
午睡時の状況	<input type="checkbox"/> 抱っこで眠るまで <input type="checkbox"/> 添い寝が必要 <input type="checkbox"/> 寝かせると自分で寝る <input type="checkbox"/> その他()				
排泄	<input type="checkbox"/> おむつ(排泄を 教える・教えない) <input type="checkbox"/> トレーニングパンツ <input type="checkbox"/> 普通パンツ <input type="checkbox"/> 時々お漏らしする				
注意事項	保育上、その他特に注意する点がある場合は、記入してください。				

備考

※該当する□にレ(チェック)を入れ、選択肢がある個所は、該当するものを○で囲んでください。