

利用申込書

様

次のとおり病後児保育事業を利用したいので申し込みます。
 なお、利用期間中は施設の指示に従います。

年 月 日

保護者氏名 _____

登録番号（ _____ ）・新規

フリガナ お子さまの 名前	（ _____ ）男 女	生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 （ _____ 歳 _____ カ月） 愛称 _____
利用日時	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 : _____ ~ 平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 :	
通院病医院名	病院・医院 _____ Tel _____	
連絡先	自宅：住所 _____ Tel _____	
	緊急連絡先： _____ Tel _____	
	緊急連絡先： _____ Tel _____	
今回の病気について（あてはまるものに○をつけ、必要なところをご記入ください。） 病名（ _____ ）（わかっている場合のみご記入ください。） 医師に（受診している・未受診） _____ 本日の機嫌はどうですか？ _____（良い ふつう 不良） 小学校・保育所（園）・幼稚園等は _____ 昨日の睡眠の状態はどうですか？ いつから休んでいますか _____ 月 _____ 日 _____（良い ふつう 不良） 小学校・保育所（園）・幼稚園名 _____ （ _____ ）		
いつからどんな症状がありましたか？ ※痙攣の有無（年・月）		
食事と服薬と便について 昨日から今日の食欲はどうですか？ _____ くすりを飲んだ時間 _____ 便の様子はどうですか？ _____（良い ふつう 不良） _____ 昨日の夜 _____ : _____（ふつう 軟便 下痢） 入室中の食事 _____ 今朝 _____ : _____ 昨日 _____ 回 _____（普通食 離乳食 ミルク） _____ くすりは持ってきましたか _____ ミルクの場合 _____ 抗生剤 解熱剤 座薬 _____ 1回（ _____ ）CC（ _____ ）回/日 _____ その他（ _____ ）		
迎えにこられる方は	母親 父親 祖母 祖父 その他（続柄・名前 _____）	

聖マリア保育園病後児保育事業
病後児保育室「コスモス」