

池田市病児・病後児保育施設利用申込書

池田市長様

申込日 年 月 日

申込者(保護者)	住所	(〒 -)
	氏名	印
	電話番号	(自宅) (携帯)

次のとおり、池田市病児・病後児保育施設を利用したいので、診療情報提供書を添付して申し込みます。
 なお、利用期間中は、池田市立病児・病後児保育施設の指示に従います。

※下記の該当する事項の□にチェックをお願いします。

フリガナ		性別	生年月日	年 月 日
児童の氏名		男・女	年 齢	歳 か月
通園・通学施設等について	<input type="checkbox"/> 保育所、幼稚園、学校等に通園(通学)している。 <input type="checkbox"/> 通園(通学)していない。 (施設名: Tel:)			
利用理由(保護者の状況)	<input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他()			
利用時間	時 分 ~ 時 分	お迎え予定者(続柄)		
利用予定期間	申請時点	年 月 日 ~ 年 月 日(日間)		
かかりつけ医	医療機関名			
	担当医師		Tel:	
緊急連絡先	氏名	児童との続柄	電話番号	
	勤務先住所			
	氏名	児童との続柄	電話番号	
	勤務先住所			
	氏名	児童との続柄	電話番号	
	住所			
今回の病気について	病 名		今朝の体温	℃(平熱 ℃)
	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・幼稚園・こども園・学校等を休んだ期 年 月 日から (日間)			
	処方箋を受けて(□いる・□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(処方箋等)をお持ちください。			
栄養方法	<input type="checkbox"/> 授乳中 (□母乳 □育児用ミルク □混合 1回 cc× 回) <input type="checkbox"/> 離乳食 (□どろどろ □舌でつぶせる □歯茎でつぶせる □歯でかめる) <input type="checkbox"/> 普通食 アレルギー等の食事制限(□あり □なし)			
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 <input type="checkbox"/> 一人で食べる(はし・スプーン)			
保育上、注意が必要なことがあれば記入してください。				