

年 月 日

坂東市長 様

申請者氏名

印

坂東市病後児保育事業利用申請書

| | | |
|--|--|--------------------|
| 利用希望年月日 | 年 月 日 ~ 年 月 日 まで 日間 時 分 ~ 時 分 まで 昼食 (要 ・ 不要 ・ お弁当持参) | |
| ふりがな お子さんの氏名 | 体重 kg (男 ・ 女) | 年 月 日 生 (歳 月) |
| 保育園(所)名 | 保育園(所) | |
| 保護者名 | 続柄 () | |
| 自宅住所 | 坂東市 | 電話 |
| 緊急連絡先 | 1. 氏名 電話 | 続柄 () 勤務先等名 |
| | 2. 氏名 電話 | 続柄 () 勤務先等名 |
| 既往歴 | ・ 今までに行った予防接種 (該当するものに○印をつけてください) 三種混合 麻疹(はしか) 耳下腺炎(おたふくかぜ) 水痘(水ぼうそう) その他 () | |
| | ・ 今までにかかったことのある病気 (該当するものに○印をつけてください) 百日咳 麻疹(はしか) 耳下腺炎(おたふくかぜ) 水痘(水ぼうそう) 風疹 その他 () | |
| | ・ けいれんを起こしたことがありますか (有 ・ 無) | |
| | ・ アレルギーの 有 ・ 無 (除去内容) ※ 食事制限の指事を主治医から受けている場合は、具体的にお書きください。 | |
| 食 事 (該当するものに○印をつけてください) ミルク ・ 牛乳のみ ・ 離乳食(前期 ・ 中期 ・ 後期) ・ 幼児食 ・ 下痢食 | | |
| 病 名: ・ 主な症状 (該当するものに○印をつけてください) 発熱 ・ 発疹 ・ せき ・ のどの痛み ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 頭痛 その他 () ・ いつからこの症状が始まりましたか。経過をお書きください 月 日 から | | |

| | | | | | |
|--|----|---|--------|----|---|
| 昨日から今朝にかけての症状について、お書きください | | | | | |
| 今日の体調 | | 体温 °C 食欲（有・普通・無） 機嫌（良・普通・悪〔 〕） 排便（良・硬・軟・下痢） 回数（ 回） | | | |
| お薬の依頼 | | （有・無） ※下記のとおり与薬依頼し、与薬の責任は保護者といたします。 | | | |
| 与薬時刻 | | 家庭での最終与薬時刻 時 分 解熱剤使用（有・無） 最終使用時刻 時 分 | | | |
| 内服薬 | 種類 | 抗生物質・風邪薬・せき止め・化膿止め その他（ ） | | | |
| | 分量 | 水薬1回 | 種類 | CC | そのまま飲める その他（ ） |
| | | 紛薬1回 | 種類 | 包 | そのまま飲める・水に溶く その他（ ） |
| | | 錠剤1回 | 種類 | 錠 | そのまま飲める・砕く その他（ ） |
| 外用 | 効果 | 虫さされ・かゆみ止め・アトピー・けいれん止め・結膜炎・目やに その他（ ） | | | |
| | 種類 | ぬり薬 | 方法及び場所 | | |
| | | 目薬 | | | |
| | | 座薬 | | | |
| | | その他 | | | |
| 薬の処方日 年 月 日 | | | | | |
| 主治医（かかりつけの医療機関等） | | | 電話 | | |
| その他（体質や癖など、心配なこと配慮してほしいことについて、具体的にお書きください） | | | | | |