

様式第2号（第8条関係）

にかほ市病児保育事業（病児対応型・病後児対応型）利用申込書

年 月 日

にかほ市長 様

（申請者）住所

氏名 児童との続柄（ ）

緊急連絡先 自宅・携帯 — —

勤務先 — —

にかほ市病児・病後児保育事業の利用にあたり、下記のことについて同意します。

- 1 児童の症状が急変して緊急を要する場合、病児保育室の判断により検査や治療を行うことがあります。その際は小出診療所での診療扱いとなります。
- 2 保育中、食事・水分がとれない、著しく元気がない等、保育の継続が困難と判断した場合、利用途中であっても速やかにお迎えをお願いすることがあります。
- 3 他の児童への病気等の感染を防ぐため、病児保育室の判断により、やむを得ずお預かりできない場合があります。

ふりがな 児童名 (男・女) 生年月日 年 月 日		通所施設名 () 保育園・認定こども園・小学校	
利用の理由 (保護者の状況)	☐ 勤務 ☐ 傷病 ☐ 事故 ☐ 出産 ☐ 冠婚葬祭 ☐ その他 ()		
利用施設名 (どちらかに○印)	1 病児保育室「みんと」	2 病後児保育「つばみ」	
利用時間	時 分 ～ 時 分頃		
利用予定期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
お迎えに来る方	氏名 児童との続柄 () お迎え予定時間 午前・午後 時 分頃		
緊急連絡先	1 氏名 児童との続柄 () 連絡先	2 氏名 児童との続柄 () 連絡先	
主な症状	3 日前から発熱・咳があり現在は鼻水のみ等、具体的に記入		

裏面もあります。

体 温		平熱 ℃ 昨夜 ℃ 今朝 ℃	
解熱剤使用		なし ・ あり （最終 : ）	
排 泄		一人でトイレができる（立ってする・座ってする） トイレットレーニング中 ・ オムツ	
お昼寝		する ・ 時々する ・ しない	
咳	多い ・ 少ない ・ なし	鼻水	多い ・ 少ない ・ なし
喘鳴	多い ・ 少ない ・ なし	嘔吐	なし ・ あり （ 回）
下痢	なし ・ あり （ 回）	発疹	なし ・ あり（部位 ）
食 事	乳 児	ミルク	母乳・ミルク・混合 1 回量（ ）cc 回数： /日 時間おき
		離乳食	初期 ・ 中期 ・ 後期 回数： /日
	幼 児	食事方法	食べさせてもらう ・ 自分で食べようとするが、介助が必要 自分で食べる（手づかみ・スプーン・フォーク・はし）
		食事量	よく食べる ・ 普通 ・ 食が細い ・ むらがある
その他		体質・アレルギー及び癖、家での様子など	

薬の依頼書

下記のとおり医師により処方された薬を服用・塗布していますので、保育中についても与薬してください。なお、病児保育室に与薬の責任は問いません。

処方した病院名						
処方日（薬をもらった日） 年 月 日						
薬の形状 ①シロップ②粉薬③錠剤④吸入⑤塗り薬⑥点眼薬⑦点鼻薬⑧点耳薬⑨その他						
薬品名	用量	薬品形状	与薬時間	与薬前チェック	与薬者サイン	
			食前・食後・食間・臨時		時 分	
			食前・食後・食間・臨時		時 分	
			食前・食後・食間・臨時		時 分	

○与薬方法 ☒ □水に溶かして飲む □口に直接入れて飲む□ゼリー等に混ぜて飲む（ゼリー持参）
薬には氏名を記入してください。市販薬のお預かりはいたしませんのでご了承ください。