

(様式第1号)

## 病児・病後児保育利用申込書

(あて先)

川口市長

年 月 日

申込者  
(保護者)

住所 川口市

氏名

緊急連絡先①

続柄

( )

緊急連絡先②

続柄

( )

次のとおり病児・病後児保育の利用を申請します。また、保育中の投薬を依頼します。

なお、病状悪化等緊急時において連絡がつかない場合は、病児担当医師の判断で処置及び必要に応じて緊急搬送することに同意します。

※ 太枠の中を記入してください。

児 童 氏 名	フリガナ	男・女	通園・通学先の名称
生 年 月 日	年 月 日 ( 歳 ヶ月)		
利 用 日	年 月 日 ※連日利用の場合: 年 月 日 から 年 月 日 まで( )日間		
児童を看護 できない理由	1、勤務 2、傷病 3、事故 4、出産 5、通学 6、その他 ( )		

注1 この申込書に健康保険証及び母子手帳を併せて提出してください。

注2 医療費助成制度を申請される場合(診察を伴う場合)は、受給者証も持参してください。

注3 医療機関において、病児・病後児保育を実施している場合は担当医確認欄に証明を受けてください。

担当医確認欄

上記児童は病児・病後児保育に支障ないことを証する。

担当医師名

申込番号

確認欄

生活保護受給の有無

有・無

予約方法

WEB・TEL

病名 (TELまたはWEB予約から変更の場合):

# 家庭からの連絡票

病児保育室Sunny

ふりがな

保育日: 年 月 日( ) 児童氏名: 男・女( 歳 ヶ月)

保護者(緊急時)	(続柄 )	本日の連絡先	
お迎えの人	(続柄 )電話	お迎え時間	:
体温	昨晚( °C) 今朝( °C)		
症状			
睡眠	起床時間( : )	よく眠れた・何回か起きた・ほとんど眠れなかった	
普段の昼寝	朝寝・昼寝・夕寝・昼寝しない	およその長さ( )	
下痢	なし・あり(状態 )	嘔吐	なし・あり(状態 )
薬	保育中に服用が必要なお薬をご記入ください		*ご自宅での最終服用時間 ( : )

持参の飲食物	昼食( ) おやつ ( ) 水分・その他 ( )		
授乳 持参物	( )時間おきに( )cc	*ご自宅での最終授乳時間 ( : )	
	哺乳瓶( )本	ミルク( 回数)	
食事の仕方	自分で食べられる・少し手伝う・食べさせてもらう		
使えるもの	・箸 ・スプーン ・コップ ・ストロー	アレルギー 除去食	
食欲	普段と比べて... 夕食の量→ いつも通り・少ない・食べなかった 朝食の量→ いつも通り・少ない・食べなかった		
排泄	自立している・午睡中はオムツ・トレーニング中・一日中オムツ		

知らせておきたいこと、保育中に配慮が必要なこと等をお書きください	
----------------------------------	--

## 保育室での様子

\* 以下スタッフが記入

体温	・入室時... °C	・11時半... °C	・15時... °C
	・退出時... °C	・その他( )	
活気	あり・なし	機嫌	良い・普通・悪い
咳	多い・少ない・ない	鼻水	多い・普通・少ない・ない
便	普通・軟便・下痢・水様便	回	排尿 回
嘔吐	回 *時間・状況( )		
食事 おやつ	<昼食> 食欲 あり・なし 食事の様子( )	<おやつ> ( : ) 食欲 あり・なし (内容 )	
薬	服用時間( : )担当者( )	( : ) 食欲 あり・なし (内容 )	
午睡	( ) ( ) ( ) 午睡の様子 ( )		

保育室より	記入者( )
-------	--------