

(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

児童名： 男・女 歳 ヶ月

保育日： 年 月 日 ()

保護者(緊急時)	(続柄)		
連絡先			
お迎えの人	名前 (続柄)		
	連絡先	お迎え時間 :	

体温	昨晚 °C	今朝 °C	発熱 日目
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	
排便	固形 軟便 泥状便 水様便	今日 回 最終 :	
嘔吐	あり なし	今日 回 最終 :	
家庭での服薬	内容		:
持参薬	内容		昼食後 (とんぷく) その他
アレルギー	食物		その他

持参の飲食物	AMおやつ・水分	昼食・水分	PMおやつ・水分
	ミルク	時間おきに CC	ミルク 回分 哺乳瓶 本

持参物	着替え オムツ 午睡用タオル 診察券 受給者証 お薬手帳 屋食 おやつ その他()
-----	-----------------------------------------------

食事の仕方	1人で食べる 介助必要 (はし スプーン フォーク コップ ストロー)			
食欲	昨夜	あり なし	今朝	あり なし
排泄	自立	トレーニング中	午睡中オムツ	一日オムツ
普段の昼寝	朝寝	昼寝	夕寝	しない おおよそ (時間)

知らせておきたいこと

同意書

病児保育室Sunnyに保育を依頼するにあたり、下記事項に同意いたします。

1. 川口市病児・病後児保育利用の手引を読み、記載された内容を十分に理解いたしました。
2. 病児保育室Sunnyを利用する前日または当日に、Sunnyキッズクリニックを受診することに同意いたします。
3. 子どもの容態が急変した場合、保育室からの連絡に従い迎えに行くことに同意いたします。
4. 子どもの容態が急変した場合、Sunnyキッズクリニックにおいて治療を受けること、さらなる治療が必要になった場合には、同クリニック医師が選択した医療機関への搬送となることに同意いたします。場合によっては、治療を優先し、やむを得ず事後報告になることに同意いたします。
5. 持ち込みの薬剤は処方薬のみとし、保育士の服薬管理に同意いたします。
6. 保育時間終了(17時45分)までに、子どもを迎えに来ることに同意いたします。
7. 感染には十分注意を払っておりますが、二次感染の可能性があることに同意いたします。
8. 利用日（連日利用の場合には初日のみ）に、コロナウイルスに対する抗原検査を行うことに同意いたします。
9. 有事の際には、病児保育室SunnyおよびSunnyキッズクリニックスタッフの指示により避難することに同意いたします。
10. 震度5弱以上の地震の際には、連絡の有無に関わらず、迎えに行くことに同意いたします。
11. 天候や体調を確認後、診察のために戸外に出ることに
 同意いたします。
 年齢や体調を考慮し、同意しません。
12. 保育士が行う、メルシーポットでの鼻吸いを
 希望します。
 希望しません。
13. お子様および保護者様の写真掲載(ホームページ・SNS等)に、
 同意いたします。
 個人が特定されない状態であれば同意いたします。(後ろ姿、加工しての掲載等)
 同意いたしません。

_____年 _____月 _____日

保護者氏名 _____ ㊞
(サインでも可)

児童氏名 _____

住所 川口市 _____

電話番号 _____