

病児・病後児保育利用申込書

利用する際に、記入してご持参ください。  
海津市長あて

保護者 住所  
氏名 年 月 日 印

お子さんのお名前		性別	男 ・ 女
年齢	歳 ヶ月	登録番号	
利用児の状況			
(1) 発症年月日 (推定) 平成 年 月 日			
(2) 病名・症状経過			
(3) 内服 なし ・ あり (持参 なし ・ あり )			
座薬 なし ・ あり (発熱 ・ 吐き気 ・ けいれん)			
※ 発熱の場合 °Cで使用希望			
※ けいれんの場合 °Cで使用希望			
内服薬の種類 ( 粉薬 包 ・ 水薬 ・ その他 )			
内服薬の飲ませ方 ( に混ぜる ・ 練る ・ に溶かす ・ そのまま )			
その他の薬 軟膏(部位 ) 点眼薬(左・右・両眼)その他( )			
発熱	昨夜 °C( 時)	今朝 °C( 時)	
座薬	使用していない ・ 使用した 時(発熱・吐き気・けいれん)		
朝食	食べなかった・食べた 時 分 (内容 )		
ミルク	飲んだ ml ( 時) ・ 飲んでいない		
	普段は1回 ml 時間毎		
朝の薬	飲んだ・まだ飲んでいない・なし		
喘鳴	無 ・ 少々 ・ 多い	鼻水	無 ・ 少々 ・ 多い
せき	無 ・ 少々 ・ 多い	食欲	普通 ・ やや不良 ・ 不良
おう吐	無 ・ 有( 回)最終 時	排便	無(最終 日前)・有( 回)
尿量	普通 ・ やや少ない ・ 無	便の性状	有形便 ・ 軟便 ・ 泥状 ・ 水様
機嫌	普通 ・ やや不良 ・ 不良	活気	普通 ・ ごろごろ ・ ぐったり
睡眠	普通 ・ やや不良 ・ 不良		
お迎えの時間	時 分	お迎えに来る人	児との関係 (連絡先 )
緊急連絡先 (※すべて必ずご記入下さい。つながりやすい順に番号をつけてください)			
(1) 勤務先	電話	携帯	e-meil
(2) 勤務先	電話	携帯	e-meil

乳児のお子様は、睡眠・起床・ミルク・離乳食の時間等、1日のスケジュールをお書きください。

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

癖や、心配なこと、考慮してほしいことがあれば、具体的にご記入下さい

--

予防接種感染状況 ※登録時と変更がある箇所に○を付けてください。

種類	予防接種状況	感染状況
BCG	未 ・ 済	
三種混合	未 ・ 接種途中 ・ 済	
四種混合	未 ・ 接種途中 ・ 済	
不活化ポリオ	未 ・ 接種途中 ・ 済	
ポリオ(経口)	未 ・ 接種途中 ・ 済	
ヒブ(インフルエンザ菌b型)	未 ・ 接種途中 ・ 済	
小児用肺炎球菌	未 ・ 接種途中 ・ 済	
B型肝炎	未 ・ 接種途中 ・ 済	
日本脳炎	未 ・ 接種途中 ・ 済	
MR(麻疹・風疹)	未 ・ 接種途中 ・ 済	感染した
水痘(水ぼうそう)	未 ・ 接種途中 ・ 済	感染した
おたふくかぜ	未 ・ 接種途中 ・ 済	感染した
ロタ	未 ・ 接種途中 ・ 済	

熱性けいれん なし ・ ある(最終 年 月 °Cで起こった 持続時間 分)  
 食物アレルギー なし ・ ある(原因食物 )

その他登録時と変更がある場合はご記入下さい。

### ご利用にあたって

- ※ 来園時に、検温、全身状態をチェックします。それによって、利用できるかどうかの判断をさせていただきます。状態によっては、お受けできない場合もありますので、ご了承下さい。
- ※ やむを得ない事由により、急遽、病児保育室がお休みになることがあります。天候悪化によって警報が発令された場合も、お休みになります。
- ※ お迎えの時間が17時を過ぎますと、延長料金として1000円いただきますので、あらかじめご了承下さい。

ご不明な点がございましたら、こまの認定こども園にご連絡ください。(0584-55-0416)