

# 病児保育 利用申込書

ふりがな		性別	生年月日	年齢
児童氏名		男 女	年 月 日	歳 ヶ月
保護者氏名		緊急連絡先	連絡者氏名 電話番号 外出先 電話番号	
お迎え者	続柄			
利用日時	年 月 日 時 分 から お迎え予定時刻 時 分			

今回の病状について医療機関を受診していますか。

- ・いいえ
- ・はい 医療機関名 ( )

該当する病名に○をつけてください

- |              |                     |
|--------------|---------------------|
| 1 急性上気道炎     | 8 インフルエンザ A型・B型 型不明 |
| 2 気管支炎・肺炎    | 9 咽頭結膜熱（アデノウイルス感染症） |
| 3 喘息・喘息様気管支炎 | 10 溶連菌感染症           |
| 4 ヘルパンギーナ    | 11 中耳炎              |
| 5 感染性胃腸炎     | 12 伝染性化膿疹           |
| 6 流行性耳下腺炎    | 13 その他 ( )          |
| 7 水痘         |                     |

現在の症状に○をつけてください。

- |      |         |
|------|---------|
| 1 発熱 | 5 嘔吐    |
| 2 咳  | 6 下痢    |
| 3 喘鳴 | 7 食欲がない |
| 4 発疹 |         |

薬のお預けはありますか

- ・なし
- ・あり 薬の名前 与薬時間

食事の形態を選んでください

- ・ ミルクのみ 1回量 cc 時間おき
- ・ 離乳食 中期食 後期食
- ・ 乳児、幼児食 通常食 粥食
- ・ アレルギー食 除去食材 卵 ・ 乳製品 ・ 大豆 ・ 小麦 ・ その他 ( )

備考