

年 月 日

病児・病後児保育利用申込書・病状連絡書

諏訪マタニティークリニック 殿

〒  
保護者 住所  
氏名  
電話番号

次のとおり病児・病後児保育の利用を申請します。

ふりがな		愛称	性別	生年月日	年 月 日
児 童 名				年 齢	歳 か月
利用希望日	年 月 日 ( )				
保 育 時 間	時 分 ~ 時 分				
家庭での保育が困難な理由	①勤務 ②疾病 ③入院 ④介護 ⑤冠婚葬祭 ⑥その他 ( )				
病 状 等	病 状	発熱 ・ 発疹 (部位: ) ・ 咳 ・ 鼻水 のどの痛み ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 吐き気 頭痛 ・ その他 ( )			
	体 重	kg			
	体 温	[今の体温] °C ( 時 分) [平熱] °C			
	機 嫌	よい ・ やや悪い ・ ぐずる			
	排 便	済み ( 時頃 普通 ・ 軟便 ・ 下痢便) してない ( 時頃の予定)			
	排 尿	最後に行った (オムツ交換した) 時間 時 分 1日に 回程度			
	食 欲	普通 ・ 少ない ・ 食べない			
睡 眠	[昨晚寝た時間] 時 分 [今朝起きた時間] 時 分				
お迎え時間	時 分 (父・母・祖父・祖母・その他 )				
緊 急 連 絡 先	①	名前		当日必ず連絡が取れる 電話 (自宅・職場・携帯電話)	
		続柄	父・母・祖父・祖母 (その他 )		
	②	名前		当日必ず連絡が取れる 電話 (自宅・職場・携帯電話)	
		続柄	父・母・祖父・祖母 (その他 )		
保 育 の 対 応	好きな遊び( )好きなもの( )				
	おんぶ (経験 あり ・ なし) だっこ (縦抱き ・ 横抱き)				
	ぐずった時の対応方法				

昼食 おやつ 水分 (どのくらい与える?)	昼食 ( )		
	おやつ ( )		
	飲み物 ( )		
	ミルク ( )		
投薬状況	座薬	無・有 (最後に使った時間 時 分)	
	抗痙攣剤	無・有 (最後に使った時間 時 分)	
	内服薬	今朝内服済み ( 時 分)・今朝の内服は未	
与薬	1) 希望しない  2) 希望する (必ず薬剤情報提供書またはお薬手帳をご提示ください) ・予薬方法(具体的にご記入下さい)		
常時内服しているお薬	ぜんそく、アトピー性皮膚炎、けいれん等で常時内服しているお薬があれば具体的に記入願います。		
食事	主治医等から食事制限を受けている場合は、具体的に記入願います。		
その他	当該保育室を利用するにあたり、心配事、配慮してもらいたいことがあれば具体的に記入願います。		
備考		Dr.印	