

利用申込書

今福保育園長 様

次の通り、乳幼児健康支援一時預かり事業を利用したいので、申し込みます。
 なお、利用期間中は施設の指示に従います。

年 月 日

保護者氏名 (印)

児童の氏名等	ふりがな () 愛称 ()	氏名 () ()	生年月日 () 年 () 月 () 日	年齢 () 歳 () か月
利用時間	年 月 日 ~ 年 月 日			
主治医	医療機関名	電話番号 () -		
	担当医師			
緊急連絡先	1番目	氏名 () 続柄 ()	携帯電話番号	- -
		連絡先名称 ()	電話番号	
	2番目	氏名 () 続柄 ()	携帯電話番号	- -
		連絡先名称 ()	電話番号	
	3番目	氏名 () 続柄 ()	携帯電話番号	- -
		連絡先名称 ()	電話番号	
今回の病気について (あてはまるものに○をつけ、必要なところに記入してください。)				
病名 ()				
《保育園(所)・学校等はいつから休んでいるか》 年 月 日 () 日間				
《いつからどんな症状があるか》				
《現在の症状》 (当てはまるものに○をつけてください。) その他 ()				
発熱 発疹 せき 鼻水 のどの痛み 腹痛 下痢 吐き気 食欲低下 頭痛 めやに				
*機嫌 (良い ・ 普通 ・ 悪い) *睡眠の状態 (良い ・ 普通 ・ 悪い)				
*便の様子 (普通 ・ 軟便 ・ 下痢) *便の回数 (昨日 回 ・ 今日 回)				
*処方薬を受けて (いる ・ いない) *薬を飲んだ時間 (昨夜 : 今朝 :)				
《入室中の食事について》				
食欲 (良い ・ 普通 ・ 悪い)				
□授乳中 (①母乳 ②人口 ③混合 1回 CC × 回 / 1日)				
□離乳中 (①どろどろ ②舌でつぶせる ③歯茎でつぶせる ④歯でかめる)				
□普通食 (アレルギー又はアトピー等による食事制限 無 ・ 有 ())				
アレルギー体質の有無	無 ・ 有 ()			
行動	<input type="checkbox"/> 寝ている <input type="checkbox"/> 首がすわっている <input type="checkbox"/> 寝返る <input type="checkbox"/> 座る <input type="checkbox"/> はう <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 歩行自由			