

# 病後児保育利用申込書

(保護者記入のこと)

ふりがな	
児童の氏名	男・女 生年月日 年 月 日 (満 歳 か月)
利用期間	平成 年 月 日 ～ 月 日 ( 日間)
現在の病状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> その他( )
アレルギーの有無	無 有 (症状 )
薬の有無	無 有 ※薬の処方内容が分かる説明書を持参してください。
既往歴(今までかかった病に✓をつける)	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 風疹(三日ばしか) <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー(牛乳・卵・小麦・そば・大豆・その他 ) <input type="checkbox"/> その他( )
予防接種歴(今まで受けたものに✓をつける)	<input type="checkbox"/> B. C. G(結核) <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 風疹(三日ばしか) <input type="checkbox"/> M. R(麻疹・風疹混合) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> D. P. T(ジフテリア・百日咳・破傷風3種混合) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 2種混合(ジフテリア・破傷風) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> その他( )
緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 父の勤務先(会社名等) 電話  <input type="checkbox"/> 母の勤務先(会社名等) 電話  <input type="checkbox"/> その他(氏名 児童との続柄: ) 電話
お迎え予定者・時間	氏名: 関係( ) 時間: 時 分頃迎えに行きます。

医師の診察を受け、説明を受けた上で病後児保育を申し込みます。なお、通常保育よりも予測不能な状況が起こり得る危険性が高いこと、及び投薬についても同様にその危険性が高いことを認識・理解した上で利用を申し込みます。

保護者名(自署)