

病 後 児 保 育 利 用 申 込 書

みなみ認定こども園長 様

次のとおり、病後児保育事業を利用したいので、主治医の連絡書を添付して申し込みます。

保 護 者	保 護 者 氏 名		緊 急 連 絡 先			
	(ふりがな)		連 絡 先	(父・母 の勤務先・携帯)		
	携帯電話 - -			電 話 - -		
利 用 児 童	児 童 氏 名		性 別	生 年 月 日		
	(ふりがな)			平成・令和 年 月 日生 (歳 ヶ月)		
	現住所	北見市				
	利用中の保育園等	電話 () -				
	かかりつけの病院	(小児科)		電話 () -		
		(外 科)		電話 () -		
	利用期間	令和 年 月 日 () 時 分 ~ 令和 年 月 日 () 時 分 日間				
	送迎者氏名	(登園) (続柄)・(降園) (続柄)				
	今回の病気等 について	傷病名				
		現在の症状 (当てはまるものに○をつけてください) 発疹 下痢 (軟便・水様) 嘔吐 腹痛 咳 鼻水 食欲 (普通・少量) その他、どのような症状ですか				
	栄養方法	<input type="checkbox"/> 離乳食 1.ドロドロ 2.舌でつぶせる 3.歯茎でつぶせる 4.歯でかめる				
		<input type="checkbox"/> 普通食 アレルギー等による食事制限 (1. 必要 2. 不必要) (アレルギー品目:)				
	食事状況	1. 全面介助 2. 一人で食べるがかなりこぼす 3. 一人で食べる (はし・スプーン)				
排 泄	1. おむつ (排泄教える・教えない) 2. 時々おもらし 3. 自立					
今までにかか った病気	はしか おたふくかぜ 風しん 水ぼうそう 熱性けいれん その他 ()					
これまで受け た予防接種	BCG ポリオ 風疹 麻疹 ヒブ 小児用肺炎球菌 おたふくかぜ MR (麻疹風疹混合) 三種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風) 水ぼうそう インフルエンザ (最近受けたのは 年 月) その他 ()					