

# そらっこ病児保育室利用申込書

年 月 日

そらっこ病児保育室を利用したいので、下記の事項について契約同意します。

1. 病児・病後児デイケア事業の利用期間中は、事業実施者の指示に従います。
2. 利用者の現在状況は、この用紙に記入された内容及び「医師連絡書」の通り相違ありません。
3. 保育中、感染症など症状の悪化が疑われた場合、医師の診察を健康保険診療で行うことに同意します。
4. 事業実施者において、児童の状態が変化し病児・病後児デイケア事業での対応が困難と認めた時は、利用を直ちに中止し、速やかに迎えに行くことに同意します。

ふりがな

保護者氏名

ふりがな

利用児氏名

歳

ヶ月 / 体重

kg

お子さんの家庭での呼び名 ( )

名南病院診察券 ID

< 本日の連絡先 >

病児保育室を利用中、必ず保護者の方に連絡がつくよう複数記入してください。

氏名もしくは連絡先名	電話番号

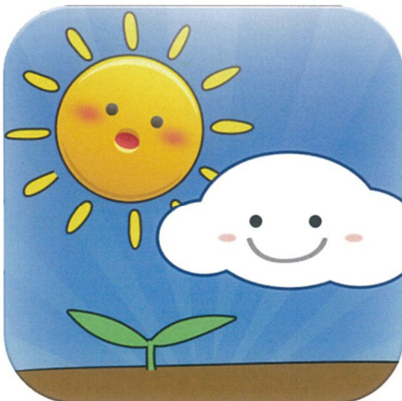
お迎え時間 時 分頃

お迎えの方 氏名

子どもとの続柄

お迎えの方、お迎え時間に変更になる場合は、必ず連絡をください。

( そらっこ病児保育室 691 - 7635 )



裏面もあります。

お子様のお名前( )

<病状連絡票> 記入または をつけてください。

体 温	今朝 / 昨夜
解 熱 剤	未使用 ・ 使用 (いつ?)
咳	なし ・ 少し ・ 多い
鼻 水	なし ・ 少し ・ 多い
嘔 吐	なし ・ 少し ・ 多い
排 便	なし ・ あり(普通便 ・ 軟便 ・ 水様便) 回
食 欲	なし ・ あり / 朝食(食べた ・ 食べていない)
水 分	摂れている ・ 少し ・ 摂れていない
睡 眠	眠れている( 時 ~ 時 ) ・ 眠れていない
機 嫌	良い ・ 悪い
そ の 他 症状について	

<服用連絡票> 記入または をつけてください。

持 参 の 薬	なし ・ あり(粉薬 包・水薬・坐薬・ぬり薬・他)
処方された病院	名南病院 その他( 病院・医院名 ) Tel:( )
朝 の 薬	ある方はお家で飲んできてください/今朝飲んだ時間 時
解 熱 剤 坐薬について	持参の方 _____になったら使用希望 できるだけ使用しない ( 使用する場合は、事前に保護者へ連絡します。)
食物アレルギーは?	なし ・ ある 卵・牛乳・小麦・そば・大豆・他( )
その他心配なこと、配慮してほしいこと、お子さんについて、そらっこ病児保育室へ伝えておきたいことがありましたら記入してください。	

そらっこ病児保育室