保護者記入

|  |  |
| --- | --- |
| 　　 | ※松川町及び実施施設使用欄　登録番号： |

松川町病児・病後児保育事業利用申請書

　　年　　月　　日

(宛先)実施施設の長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　利用者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　病児・病後児保育利用中は実施施設の指示に従い、実施施設の医師が必要と認めたときは、診療を受けることを承諾します。

　なお、記入した個人情報及び医師連絡票の内容について、松川町及び実施施設で共有することを承認します。

［この欄は、必ず記入してください。］

|  |  |
| --- | --- |
| 利用者氏名（保護者） | 児童氏名 |
| 児童との続柄(　　　　　) | (フリガナ) |
| (男・女) |
| (生年月日)　　年　　月　　日生(　　歳　　月) |

［この欄は、松川町病児・病後児保育利用登録申請書に記載したものに変更がない場合は、記入を省略できます。］

|  |  |
| --- | --- |
| 連絡先 | ※すべて記入し、緊急連絡先の□にはレ印を記入 |
| □　自宅□　携帯　　　□　勤務先　　　　　　　　　　　　　　　　(名称：　　　　　　　　　　　　) |

保護者からの連絡票

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| （フリガナ）児童氏名 |  | 性別　（　男　　・　　女　） |
| 希望時間 | 午前・午後　　　　時　　　分　　～　　午前・午後　　　時　　　分 |
| お迎えに来る方 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　病児との続柄 |
| 病気などの経過 | 今回の病気についてお答えください。◆いつから？　　　　月　　　　日（　　）　（午前　・　午後）　　　時頃から◆主な症状は？　　◆心配なこと・伝えておきたいことは？ |
| アレルギー | 無　　有　アトピー□　食物：牛乳□、卵□、小麦□、大豆□、そば□、その他（　　　　） |
| 熱性けいれん | なし　　あり（時期　：　　　　　　　歳　　　　　　月） |
| 保育園・学校で流行している病気 | インフルエンザ　・　麻疹　・　水ぼうそう　・　おたふくかぜ　・　胃腸炎手足口病　・　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 今日の健康状態 | 　　　昨日の最高熱　　　　　℃　　　　　今朝の熱　　　　℃ |
| 咳　：　　多　・　少　・　無ぜーぜー（喘鳴）　：　有　・　無鼻水　：　多　・　少　・　無食欲　： 有　・　無嘔吐　： 有 （　　　回）　・　　無発疹　：　有（部位　　　）　・　無 | 便　：　　普通　・　軟便　・　下痢尿　：　　多い　・　普通　・　少なめ機嫌　：　良い　・　　悪い睡眠　：　良い　・　　不眠　　　　　　（　　　時　～　　　時　） |
| おくすり | ◆内服薬　有　・　無◆坐薬　 有　・　無◆その他　　有（　　　　　　　吸入など）　・ 無◆内容⇒□お薬手帳を参照（該当の場合は□にㇾ記入してください）　　　手帳に記載のない場合、わかる範囲で下記に記入してください◆飲ませ方（水に溶くなど）：◆頓服投薬時間解熱剤⇒　　　　　　　　　　日　　　時　　　分頃／　　　日　　　時　　　分頃けいれん止め⇒　　　　　　日　　　時　　　分頃／　　　日　　　時　　　分頃吐き気止め⇒ 　　　　　　 日　　　時　　　分頃／　　　日　　　時　　　分頃　　　 |
| その他（主治医からの指示等があればご記入ください） |  |