

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 ゼーゼー(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☐にレ記入してください) 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)				