

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（おひさまハウス）利用申請書

年 月 日

(宛先)病児・病後児保育室 おひさまハウス

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（おひさまハウス）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              |
|     | <input type="checkbox"/> 自宅         |
|     | <input type="checkbox"/> 携帯         |
|     | <input type="checkbox"/> 勤務先 (名称： ) |

## 保護者からの連絡票

年 月 日

|                               |  |  |
|-------------------------------|--|--|
| (フリガナ)<br>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。<br>◆いつから? 月 日 ( ) (午前・午後) 時頃から<br>◆主な症状は?<br><br>◆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 <input type="checkbox"/><br>食物:牛乳 <input type="checkbox"/> 、卵 <input type="checkbox"/> 、小麦 <input type="checkbox"/> 、大豆 <input type="checkbox"/> 、そば <input type="checkbox"/> 、その他( )   |  |
| 熱性けいれん                        | なし あり(時期 : 歳 月)  |  |
| 保育園・学校で<br>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<br>手足口病・その他 ( )  |  |
| 今日の健康状態                       | 昨日の最高熱 °C  | 今朝の熱 °C  |
|                               | 咳 : 多・少・無<br>ゼーゼー(喘鳴) : 有・無<br>鼻水 : 多・少・無<br>食欲 : 有・無<br>嘔吐 : 有( 回 )・無<br>発疹 : 有(部位 )・無  | 便 : 普通・軟便・下痢<br>尿 : 多い・普通・少なめ<br>機嫌 : 良い・悪い<br>睡眠 : 良い・不眠<br>( 時 ~ 時 ) |
| おくすり                          | ◆内服薬 有・無<br>◆坐薬 有・無<br>◆その他 有( 吸入など )・無<br>◆内容⇒ <input type="checkbox"/> お薬手帳を参照(該当の場合は <input type="checkbox"/> にレ記入してください)<br>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<br><br>◆飲ませ方(水に溶くなど):<br>◆頓服投薬時間<br>解熱剤⇒ 日 時 分頃 / 日 時 分頃<br>けいれん止め⇒ 日 時 分頃 / 日 時 分頃<br>吐き気止め⇒ 日 時 分頃 / 日 時 分頃 |  |
| その他<br>(主治医からの指示等があればご記入ください) |  |  |