

年 月 日

大田原市長 様

申込者 住所
(保護者)
氏名

大田原市病児・病後児保育事業利用申込書

大田原市病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり診療情報提供書を添付して申し込みます。

利用児童	フリガナ		生年月日	年 月 日
	氏名		年齢	歳 か月
利用希望施設				
利用期間		年 月 日 から 年 月 日 まで (日間)		
利用の理由		1 保護者の勤務の都合 2 保護者の傷病 3 冠婚葬祭 4 その他 ()		
送迎予定者		1 父 2 母 3 祖父母 4 その他 () 送迎する方の電話番号 ()		
お子さんの様子についてお答えください。 【症状】該当するものに○を付けてください。 発熱 ・ 発疹 ・ せき ・ のどの痛み ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 吐き気 ・ 頭痛 ・ その他 () ○いつからこの症状が始まりましたか。 (月 日から) ○投薬を受けていますか。 (いる ・ いない) ○常備薬を飲んでいますか。 (いる ※病名 [] 薬剤名 [] ・ いない) ○昨夜の就寝時間 (時 分頃) 今朝の起床時間 (時 分頃) ○寝ている時の様子 () ○朝食 ・ () 時頃食べた【内容:] ・ 食べていない ・ ミルクのみ ※食欲の有無 (普通 ・ 不良) ○最後の尿と便の時間 ・ 尿 () 時頃 ・ 便 () 日 () 時頃 (固 ・ 普 ・ 軟 ・ 水様) ○体温 ・ 昨夜 () ℃ ・ 今朝 () ℃ ○解熱剤 ・ 使用していない ・ 使用した () 回 最後の使用は () 時頃で () ℃ ※普段解熱剤を使用する体温 () ℃ ○お子さんへの薬の飲ませ方 ・ そのまま ・ 白湯に溶かす ・ () に混ぜる ○いつものお昼寝の寝かせ方 ・ おんぶ ・ さすりながら ・ 抱っこ ・ 一人で寝る ○オムツとトイレの状況 ・ 常時オムツ ・ 昼寝のみオムツ ・ トイレトレーニング中 ・ オムツ使用無し ○その他 食事の状況(離乳の状況、アレルギーのための除去食等の食事制限)、体質、配慮して欲しいこと(薬物アレルギー、既往歴)等 () ※市記入欄 1 生活保護世帯 2 市町村民税非課税世帯 3 その他の世帯				