

東北町病後児保育事業 利用申込書（同意書）

令和 4 年 7 月 7 日

利用施設:病後児保育室 すずらん

申込者名 東北 花子

- 1 次のとおり、東北町病後児保育事業を利用したいので、主治医の連絡票を添付して申し込みます。
- 2 病後児保育事業の利用期間中は、病後児保育事業実施施設の指示に従います。
- 3 児童の状態が変化して病後児保育事業での対応が困難になり、病後児保育実施機関が利用を不相当と認めたときは、病後児保育事業の利用の中止に同意します。

保護者	氏 名	続 柄	緊 急 連 絡 先	
	第1連絡者	母	連絡先	自宅・ <u>携帯</u> ・勤務先（ ）
	東北 花子		電 話	090 — 1234 — 5678
	第2連絡者	父	連絡先	自宅・携帯・ <u>勤務先</u> （株式会社 ●●●）
	東北 一郎		電 話	0176 — 65 — 1234

登録児童	児 童 氏 名	性 別	生 年 月 日
	(ふりがな) とうほく たろう 東北 太郎	男	平成・ <u>令和</u> 1 年 5 月 1 日生 (3 歳 1 ヶ月)
	住 所 (〒 039 — 2652) 東北町ほとけ沢105-1		
	利 用 期 間	令和 3 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)	
	通園施設等	☐ 通園していない ☒ 通園している(施設名: ●●●● 保育園)	
	かかりつけ医	医療機関名 ●●●● 病院 医 師 名 ●●●● 先生	連絡先 0176 — 65 — 5678
	今回の病状について	病 名 <u>インフルエンザ</u>	今朝の体温 37.2 ℃
		現在の症状(当てはまるものに✓をつけてください。)	
		☒ 発熱 ☐ 発疹 ☒ せき ☒ 鼻水 ☐ のどの痛み ☐ 吐き気 ☐ 下痢 ☐ 頭痛 ☐ 腹痛 ☐ めやに ☐ 食欲低下 ☐ その他	
	通園施設等で流行っている病気 ☐ 無 ☐ 有 ()		
	栄養方法	☐ 授乳中(☐ 母乳 ☐ 人工 ☐ 混合 cc/回× 回)	
		☐ 離乳食(☐ ドロドロ ☐ 舌でつぶせる ☐ 歯茎でつぶせる ☐ 歯でかめる)	
		☒ 普通食 アレルギー等による食事制限 ☐ 不必要 ☒ 必要	
	食事状況	☐ 全面介助 ☒ 一人で食べるがこぼす ☐ 一人で食べる(はし・スプーン)	
	行 動	☐ 寝ている ☐ 首がすわっている ☐ 寝返る ☐ 座る ☐ 這う	
		☐ 立つ ☐ 伝い歩き ☒ 歩行自由 ☐ 睡眠(方法:)	
	排 泄	☒ おむつ(排泄を <u>教える・教えない</u>) ☐ 時々おもらし ☐ 自立	
	注意事項	特に卵にアレルギーを示すため注意していただきたい	

【 裏面もご記入ください 】

登録児童	与薬の依頼内容について該当項目に✓をつけてください	
	与薬を依頼する薬	・薬の種類(具体的な数量を記入してください。) ☒ 粉 末 (1 包)☒ シロップ (1 種類)☐ 外用薬 (個) ☐ はり薬 (個)☐ その他 () ・薬の内容 ☐ 抗生物質☒ 解熱剤☒ 咳止め☒ 鼻水止め☒ 痰きり ☐ 下痢止め☐ 外用薬 () ・薬の名前 薬剤名称 (● ● ● (粉末) 、 ● ● ● (シロップ)) 服用(外用) 時間: ☐ 食前 ☐ 食間☒ 食後 ☐ その他 () 方法: ()
	常時服用薬	今回処方された薬以外で服用している薬 ☒ 無☐ 有 (薬品名) (服用回数 回/1日) (最終服用時間 時 分)

※保育室記載欄						
与薬について	受領者氏名	月	日	時	分	
	与薬者氏名	月	日	時	分	与薬
		月	日	時	分	与薬
	与薬時の状況					

- (留意事項)
- 1

薬剤情報提供書がある場合は、この依頼書と一緒に提出してください。
- 2

与薬はなるべく家庭で行うようにしてください。
- 3

薬は施設職員に直接手渡ししてください。
- 4

薬の袋又は容器には、必ず児童氏名をはっきり書いてください。