

様式第5号（第10条関係）

坂祝町病児・病後児保育事業利用申請書

申請者（保護者等）住所

氏名

利用日	年 月 日 ()			
フリガナ 児童氏名		男・女	生年月日	年 月 日 (歳 か月)
保育できない理由	1、勤務 2、傷病 3、出産 4、介護 5、その他 ()			
発熱	昨夜	℃ (時)	今朝	℃ (時) 平熱 ℃
坐薬	使用していない ・ 使用した 日 時 (発熱・吐き気・けいれん・下痢)			
昨日の夕食	食べなかった・食べた 午後 時頃 内容 ()			
本日の朝食	食べなかった・食べた 午前 時頃 内容 ()			
朝の薬	飲んだ ・ まだ飲んでない ・ なし			
与薬	なし ・ あり ※ありの場合は「与薬依頼書」を一緒に提出してください。			
現況	痛み	なし ・ あり (部位:)		
	発疹	なし ・ あり (部位:)		
	鼻汁	なし ・ 少々 ・ 多い	鼻汁の状況 水鼻 ・ 青鼻	
	喘鳴	なし ・ 少々 ・ 多い	咳	なし ・ 少々 ・ 多い
	食欲	普通 ・ やや不良 ・ 不良	嘔吐	なし ・ あり (回) 最終 時
	排便	昨日 回 今朝 回	尿量	普通 ・ やや少ない ・ なし
	下痢	なし ・ あり (今朝 回 ・ 昨日 回)		
	機嫌	普通 ・ やや不良 ・ 不良	活気	普通 ・ ごろごろ ・ ぐったり
緊急連絡先				
続柄	氏名	勤務先名	電話	携帯電話
お迎えの時間	時 分	お迎えに来る人		
癖や心配事、考慮してほしいことがあれば、具体的にご記入ください				

*児童の体調が急変した場合は、お迎えをお願い致しますので、必ず連絡を取れるようにしておいてください。

(裏面も記入願います。)

予防接種感染状況 ※登録時と変更がある箇所に○を付けてください。		
種類	予防接種状況	感染状況
ポリオ	1回 ・ 2回	感染した
不活化ポリオ	1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加	感染した
三種混合	1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加	感染した
四種混合	1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加	感染した
BCG	1回	感染した
はしか	1回	感染した
風疹	1回	感染した
MR（麻疹・風疹）	1期 ・ 2期	感染した
日本脳炎	1回 ・ 2回 ・ 追加	感染した
水ぼうそう	1回	感染した
おたふくかぜ	1回	感染した
インフルエンザ	直近接種日： 年 月 日	感染した
その他		
熱性けいれん	初回 歳 か月 最後 歳 か月	これまでに 回 処置法：坐薬 あり ・ なし
入院	なし ・ あり 病名（ ） 時期 歳 か月（ 日間）	
生活状況	食事介助 要 ・ 不要	
	排泄（トイレ） （小）介助 要 ・ 不要 （大）介助 要 ・ 不要 衣服の着脱介助 要 ・ 不要 昼寝の習慣 あり ・ なし	
保育室 使用欄	利用開始時間 : 利用終了時間 :	
	特記事項	