

病児保育利用申込書（病後児を含む。）

児童氏名						(愛称)					
保護者氏名				続柄			備考				
お迎えの方				続柄			連絡先				
利用理由	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他（ ）										
利用日時	平成	年	月	日	時	分	～	時	分		
	平成	年	月	日	時	分	～	時	分		
	平成	年	月	日	時	分	～	時	分		
	平成	年	月	日	時	分	～	時	分		
	平成	年	月	日	時	分	～	時	分		
症状	病名	<input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> その他（ ）			体温	昨夜	℃	今朝	℃		
	主な症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> その他（ ）									
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い		【就寝時間】	:	:	【起床時間】	:	:		
	尿	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない		機嫌	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い						
受診した医療機関	名 称						受診日				
							平成	年	月	日	
薬	【内服薬】 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後				【軟膏】					回	時頃
	【点眼】				回	時頃	【その他】（ ）				
食事	【普段の食事時間】 昼食（ 時頃 ） おやつ（ 時頃 ）										
離乳食	【離乳食の段階】 <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 大人と同じ										
	(: 頃)	食事+ミルク	cc	/	ミルクのみ	cc					
	(: 頃)	食事+ミルク	cc	/	ミルクのみ	cc					
	(: 頃)	食事+ミルク	cc	/	ミルクのみ	cc					
	【ミルクの排気】 <input type="checkbox"/> 出やすい <input type="checkbox"/> 出にくい										
午睡	*普段お昼寝はしますか？ <input type="checkbox"/> はい 時間位 <input type="checkbox"/> いいえ										
	*寝かせ方 <input type="checkbox"/> 一人 <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> その他(癖等（ ）)										
排泄	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> パンツ										
	*トイレトレーニング中ですか？ <input type="checkbox"/> はい（ <input type="checkbox"/> 自分で行ける <input type="checkbox"/> 声かけが必要 時間おき） <input type="checkbox"/> いいえ										
好きな遊び					好きな玩具						
通っている保育園・幼稚園・学校などで流行している病気											
1か月以内に【おたふくかぜ・みずぼうそう・麻疹・風しん・結核】にかかった家族							<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない				
乳児のみ記入	<input type="checkbox"/> 寝返りをうつ <input type="checkbox"/> 腹ばい移動できる お座り（ <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定） つかまり立ち（ <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定）										
	つたい歩き（ <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定） 歩行（ <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定）										
その他心配なことなど											

【お迎え時のサイン】 氏名 _____ 続柄 _____ 時間 _____ : _____ 担当 _____