

病児・病後児保育利用申込書

児童氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日
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()				
利用日時等	利用日時		お迎え時のサイン (※お迎え時に記入)		
	月 日 : ~ :	氏名	お迎え時間 :		
	月 日 : ~ :	氏名	お迎え時間 :		
	月 日 : ~ :	氏名	お迎え時間 :		
	月 日 : ~ :	氏名	お迎え時間 :		
症状	病名	<input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> その他()		体温	昨夜 °C 今朝 °C
	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】 :
	機嫌	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い		朝食	<input type="checkbox"/> 食べた <input type="checkbox"/> 少し食べた 時頃 <input type="checkbox"/> 食べていない
	尿	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない		便	【昨日】 回 【本日】 回
受診した医療機関	名称			受診日	
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】 ()		
初めて使用する薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【名称】 ()				
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				
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					