

別記

第1号様式(第11条関係)

白井市病後児保育事業利用登録(変更)申込書

白井市長 様

年 月 日

申込者	氏名		児童との 続柄	
(保護者)	住所	白井市		

*登録番号
(この欄は記入不要です)

--

次のとおり、白井市病後児保育事業の利用登録を申し込みます。

また、この申込書を実施施設で使用すること、白井市が申し込み内容について必要に応じて調査すること及び実施施設からの利用状況の報告を受けることに同意します。

児 童	ふりがな		性 別	生年月日	年 齢
	氏 名		男・女	年 月 日	歳 月
現在の 保育状況	(通所施設名)		(その他)		
保護者 連絡先	氏 名	(続柄)	氏 名	(続柄)	
	自宅電話		自宅電話		
	連絡先	(名称) (電話)	連絡先	(名称) (電話)	
かかりつけ 医療機関	名 称		所在地		
	主治医名		電 話		
予防接種	BCG接種	受けた ・ 受けていない			
	ポ リ オ	第1回 受けた ・ 受けていない		第2回 受けた ・ 受けていない	
	三 種 混 合	受けた1期 1回 2回 3回 ・ 受けていない		2期 受けた ・ 受けていない	
	麻疹(はしか)	受けた ・ 受けていない	おたふく風邪	受けた ・ 受けていない	
	風 疹	受けていない ・ 受けた	水ぼうそう	受けた ・ 受けていない	
	日本脳炎	基 礎 受けた ・ 受けていない		追 加 受けた ・ 受けていない	
	そ の 他				
感染症歴	これまでかかった病気に をつけてください				
	1. はしか(麻疹)	2. 風疹	3. 水ぼうそう	4. おたふくかぜ	
	5. 突発性発疹	6. その他()			
その他の 病気	熱性けいれん	初回	歳	か月	・ 最近 歳 か月 (過去 回程度)
	喘 息	薬を飲んでいる { 毎日 (朝 ・ 昼 ・ 夕) ・ 発作時のみ}			
		吸入をしている { 毎日 (朝 ・ 昼 ・ 夕) ・ 発作時のみ}			
	アトピー性皮膚炎	薬を飲んでいる		食事療法をしている(除去食品)	
		薬を塗っている		* 食べてしまった時の症状()	
	上記以外の病気や大怪我をしたことがありますか { いいえ はい(具体的に) }				
	頭を強く打ったことがありますか { いいえ はい(具体的に) }				
	入院したことがありますか { いいえ はい(具体的に) }				
	常時飲んでいる薬がありますか { いいえ はい(具体的に) }				
与薬後、発疹や異常が出たことがありますか { いいえ はい(具体的に) }					
その他の体質やアレルギー、癬などがありますか { いいえ はい(具体的に) }					

白井市病後児保育事業利用申込書

白井市長 様 (実施施設経由)

年 月 日

申込者	氏名		児童との 続柄	
(保護者)	住所	白井市		

登録番号を記入

--

次のとおり、白井市病後児保育事業の利用を申し込みます。

児 童	ふりがな		性 別	生 年 月 日	年 齢	
	氏 名		男・女	年 月 日	歳 月	
通 所 施設名			(その他)			
保 護 者 連 絡 先	氏 名	(続柄)	氏 名	(続柄)		
	電話番号	自 宅 携 帯	電話番号	携 帯		
	緊 急 連 絡 先 (1)	(名称)	緊 急 連 絡 先 (2)	(名称)		
		(電話)		(電話)		
希 望 期 間	(保育期間) 年 月 日 ~ 年 月 日 までの (日間)					
希 望 時 間	(保育時間) 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分					
かかりつけ 医療機関	名 称		所在地			
	主治医名		電 話			
症 状	「3日前から発熱・咳があり、現在は咳と鼻水のみ」等、具体的に記入してください。					
前日から 今朝まで の 様 子	体温	昨朝	・ 昨晚	・ 今朝	咳	無 ・ 有
	下痢	無 ・ 有 (回)			嘔 吐	無 ・ 有 (回)
	発疹等	無 ・ 有 (部位:)			喘 鳴	無 ・ 有
	解熱剤	使用無 ・ 使用有 (時 分)			その他	
与薬状況	期 間	月 日 (朝・昼・夕) ~ 月 日 (朝・昼・夕)				
	内 容	咳止め、解熱剤等、具体的に記入してください。又処方箋で薬名を併せて記入してください。				
体質等	体質、アレルギー、癖などがあれば記載してください。					
その他	お子さんの保育にあたり、配慮してほしいことがあれば記入してください。					

白井市病後児保育事業家庭連絡票

利 用 日	年 月 日 (曜日)		
児 童 名		生年月日	年 月 日 (歳)
保 護 者 名		電話	自宅 携帯

(児童の家庭からの連絡内容)

(病後児保育実施施設からの連絡内容)

健 康 状 態	体温	前夜()・朝()	午前()・午後()
	鼻汁	多い 少ない ない	多い 少ない ない
	咳	多い 少ない ない	多い 少ない ない
	喘鳴	多い 少ない ない	多い 少ない ない
	嘔吐	有 無 ・時間(時 分) ・回数(回)	有 無 ・時間(時 分) ・回数(回)
	便	普通便 軟便 下痢便 水様便 ・時間(時 分)・回数(回)	普通便 軟便 下痢便 水様便 ・時間(時 分)・回数(回)
	尿	多い 普通 少ない	多い 普通 少ない
食 事	(昨夕・午前)	(昨 夕) ミルク 牛乳 時間(時 分)・量(cc) 夕食(食欲あり 食欲なし)	(午 前) ミルク 牛乳 時間(時 分)・量(cc) 昼食(食欲あり 食欲なし)
	(今朝・午後)	(今 朝) ミルク 牛乳 時間(時 分)・量(cc) 朝食(食欲あり 食欲なし)	(午 後) ミルク 牛乳 時間(時 分)・量(cc) おやつ(食欲あり 食欲なし)
与 薬	朝(時 分)	昼(時 分)	
睡 眠	就寝時間(時 分) 起床時間(時 分) よく寝た あまり寝なかった	睡眠時間(時 分) よく寝た あまり寝なかった	
子どもの様子			

与薬依頼	薬の種類{(水薬 散薬 軟膏 点眼薬 その他())} 与薬時間{(食前 食後 食間 その他())} * お預かりする薬は、医療機関が発行した処方箋に記載された物のみです。
------	---