

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 ℃ 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】
	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】
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					