

益田市病児保育事業利用申込書

益田市長 様

保護者 住所
氏名

益田市病児保育事業実施要綱第7条第4項の規定により、以下のとおり申し込みます。併せて、この利用申込書及び関係書類の記載内容について、市又は実施施設が医療機関に情報を求めること、及び医療機関が市又は実施施設へ情報を提供することに同意します。

児童	氏 名	(歳 ヶ月)	
保 護 者	連絡先 ※事前登録の内容に変更がある場合は記入	氏名 続柄 ()	氏名 続柄 ()
		勤務先	勤務先
		TEL	TEL
		携帯電話	携帯電話
者	利用当日の緊急連絡先 (優先順位1~2を記入)	母の携帯 ()、父の携帯 ()、母の職場 () 父の職場 ()、その他 () 連絡先名と番号 _____	
	児童を看護できない理由 (☑を記入)	<input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> その他 ()	
お 迎 え	お迎えに来る人	続柄 () ※上記保護者以外の場合は続柄・名前を記入	
	お迎えの時間	時	分頃

※裏面もご記入ください。

保護者からの病状連絡票（利用初日）

現在の 症 状 な ど	病気の経過 月 日頃より発症		体重	kg
	発症から現在までの経過（具体的な症状。処置などできるだけ詳しくご記入ください。）			
	今朝の体温（ ℃）		平熱（ ℃）	
	今朝の嘔吐 <input type="checkbox"/> あり ・ <input type="checkbox"/> なし		前日の嘔吐（ 回/1日）	
	便の状態 <input type="checkbox"/> あり（普通・軟便・泥状・水様） ・ <input type="checkbox"/> なし（ 日間）			
	その他の症状について該当するものに☑してください。 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 発疹（部位 ） <input type="checkbox"/> 目ヤニ <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> かゆみ（部位 ） <input type="checkbox"/> その他の症状（ ）			
	機嫌 <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い			
薬	内服薬 <input type="checkbox"/> 飲んだ（前夜 ・ 今朝（ 時 分頃））			
	解熱剤 <input type="checkbox"/> 使った（ 時 分頃）			
食 事	食欲		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	今朝の食事時間		時 分 / 内容（ ）	
	食べたことがないもの		<input type="checkbox"/> 白身魚 <input type="checkbox"/> 大豆（豆腐） <input type="checkbox"/> 鶏肉 <input type="checkbox"/> 牛肉 <input type="checkbox"/> 豚肉 <input type="checkbox"/> 小麦粉 <input type="checkbox"/> 青魚 <input type="checkbox"/> イカ <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> その他（ ）	
	乳児ミルク		最後にミルクを飲んだ時間 時 分（ ml） ミルクの間隔 時間おき（ ml）	
睡眠	昨夜の睡眠 <input type="checkbox"/> よく寝た <input type="checkbox"/> あまり寝ていない <input type="checkbox"/> ほとんど寝てない			
	昨夜の就寝時間 時 分		今朝の起床時間 時 分	
寝るときの癖、好きな遊び・キャラクターなどあれば教えてください。				

与薬依頼票

1. 薬剤情報提供書又はお薬手帳のとおり与薬を依頼します。
※太枠内の記入をお願いします。
2. （薬剤情報提供書又はお薬手帳の控えがない場合）次のとおり与薬を依頼します。
※全項目の記入をお願いします。

用法	<input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後	その他注意事項
	<input type="checkbox"/> 頓服 <input type="checkbox"/> 外用（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）	
どのようにして飲まれますか？（必ず記入してください）		

調剤名…一包ごとに名前がわかれば記入してください

処方された医院名	処方日	月	日
----------	-----	---	---

お願い：病児保育中に与薬する分包のみご持参ください。

スタッフ記入欄

受領者	① 与薬	チェック	②	③	④
-----	---------	------	---	---	---