

滝川市病後児保育利用申込書兼連絡表

（表 面）

年 月 日

滝川市長 様

申込者 住所  
 (保護者) 氏名 ㊟  
 児童との続柄：  
 電話番号

滝川市病後児保育事業実施要綱第12条第2項の規定により、次のとおり申込み及び連絡します。

フリガナ 児童氏名		生年月日	年 月 日生 歳 か月	性別	男・女	
利用希望期間	年 月 日 ( ) ~ 年 月 日 ( ) 時 分 ~ 時 分					
児童の送迎	入所（入所時間 : 頃 連れてくる方の氏名 : 続柄 ) 退所（お迎え時間 : 頃 連れてくる方の氏名 : 続柄 )					
緊急時の 連絡先	①氏名 ( 続柄 : ) 連絡先 TEL ②氏名 ( 続柄 : ) 連絡先 TEL					
お子様の 病状等	診断名		発病	月 日~		
	体温	℃ (平熱 ℃)				
	発疹の有無	有・無	部位 ( )			
	下痢の有無	有・無	便の性状	普通便・軟便・水様	回数	回
	嘔吐の有無	有・無	回数	1日 (1~2回・頻回)		
	腹痛の有無	有・無	鼻水の有無	有・無		
	咳の有無	有・無	喘鳴の有無	有・無		
	食欲	夕食：普通・少量・食べない ( ) 朝食：普通・少量・食べない ( )				
	水分はとれていますか。	夕：普通・少量		翌朝：普通・少量		
	睡眠	よく寝た・眠りが浅い ( 時 分起床)				
	機嫌	よい・よくない ( )				
	排泄	最終の便 ( ) 時頃	下痢・普通・便秘	最終の尿 ( ) 時頃		
	その他、どのような症状ですか。					
食事	食事形態	普通・軟らかめ・その他 ( ) 1人で食べられる (はし・スプーン)・食べられない 好きな食べ物 ( )・嫌いな食べ物 ( )				

裏面も記入してください。

(裏面)

排泄	オムツ	知らせる・知らせない・自立		
	大便	1日 回くらい	尿	1日 回くらい
	おねしょ	する・しない・ときどき		
薬	内服の状況	朝 (飲んだ・飲まない) 昼 (飲む・飲まない)		
	次のとおり、薬の服用を依頼します。 ・薬の種類： <input type="checkbox"/> 粉 (種類) <input type="checkbox"/> シロップ (種類) <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ・服用方法：そのまま・水に溶かして・その他 ( ) ・薬の内容： <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 整腸剤 <input type="checkbox"/> 風邪薬 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ・外用薬： <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> 点眼 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ・解熱剤の使用：あり ( 時頃) ・なし			
その他 (お子様のことで伝えたいことを記入してください。)				