

# のむらこどもクリニック 病児・病後児保育事業利用届出書

申 込 日                      年            月            日			
申込者(保護者) 住 所 氏 名 <span style="float: right;">①</span> ※自署の場合は、押印は不要です。 電話番号 (自宅) (緊急連絡先)			
ふりがな		男 ・ 女	生 年 月 日                      年            月            日 (            歳                      か 月 )
利用予定期間	年            月            日 (   ) ~            年            月            日 (   ) まで (            日間)		
利用予定時間	午前                                      :                                      ~                                      午前                                      :                                      午後                                      まで		
傷病等の 状況	現症状の 経 過		体 重                                      Kg 平 熱                                      ℃ 現在の体温                              ℃
	現 在 の 症 状	発熱    発疹(部位                      )    咳    鼻水    のどの痛み    腹痛    下痢    嘔吐 吐き気    食欲低下    頭痛    目やに    その他(                                      )	
主治医	病院・医院                      担当医師氏名		
緊急時の対応	①連絡なく受診    ②受診後連絡    ③一度連絡がほしい    連絡先		
日ごろの 様子	与 薬	①スプーンの上で溶かして飲める    ②口に入れてそのまま飲める ③その他(                                      )	
	水 分	①コップで飲める    ②哺乳びん使用    ③ストロー使用    ④その他(                                      )	
	食 事	①一人で食べられる    ②半分介助    ③全面介助    ④その他(                                      )	
	排 泄	①トイレでできる    ②オムツ    ③トレーニング中    ④その他(                                      )	
	午 睡	①一人で眠れる    ②とんとんされて眠る    ③その他(                                      )	
注意事項	※お子さんのことで、アレルギーや既往歴など、注意することがあればご記入下さい。		

※事務処理欄

利用期間	年            月            日 (   ) ~            年            月            日 (   )	日間
------	--	----