

阿賀町病後児保育利用申込書

阿賀町長様

年 月 日

保育を希望する 期間及び時間		期 間	年 月 日	から	年 月 日	まで
		時 間	時 分	から	時 分	まで
利 用 児 童	氏 名				愛 称	
	生 年 月 日	年 月 日 (歳 ヶ月)				
	通園・通学校名	保育園 (歳児)			小学校 (学年)	
	かかりつけ医	医療機関名	所在地【 】電話			
保 護 者	氏 名					
	住 所					
	勤 務 先 名	電話				
	勤務先住所					
	緊急連絡先①	氏名	電話	児童との関係【 】		
	緊急連絡先②	氏名	電話	児童との関係【 】		
利用する理由 (保護者の状況)	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ()					
迎えに来られる方	氏名					児童との関係【 】
お迎えの予定時間	時 分 ころ					
利用料の免除	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無					
摘 要	(特に伝えておきたいことなどがあればご記入ください)					

阿賀町病後児保育室を利用したいので、下記事項に同意し、病後児保育室症状連絡票を添えて、申し込みします。

同 意 事 項

- 1 利用時間を厳守し、利用中は職員の指示に従います。
- 2 病後児保育室は細心の注意を払い事業を実施しますが、保育室内において児童同士の感染が起こった場合は、町はその責任を負いません。
- 3 利用児童の症状に変化があった場合は、保護者から迎えに来ていただきます。なお、看護師が受診の必要があると判断した場合は、保護者の同意を得たうえで診察又は救急搬送を行います。また、保護者と連絡が取れない場合でも、これらが行われることがあり、その際発生する医療費等は保護者が負担します。
- 4 病後児保育室利用料の審査のため、職員が世帯の公的扶助の受給に関する資料の閲覧及び確認を行います。

以上、私は阿賀町病後児保育室の利用にあたり、上記項目に同意します。

署 名 _____

(裏面)

病状連絡票兼与薬依頼票

以下の通り、利用児童の状況について連絡します

発症から今朝までの経過と症状について簡潔に記入してください	
処方薬	ない ・ ある ※お薬手帳など投薬処方が分かるものを持参ください
与薬依頼	施設での与薬を依頼する ・ 施設での与薬を依頼しない
与薬方法	処方薬名【 】 処方時間【 】 用量【 】
	処方薬名【 】 処方時間【 】 用量【 】
	処方薬名【 】 処方時間【 】 用量【 】
解熱剤	昨日から今日にかけての使用【なし ・ あり(座薬・内服)を 日 時頃】
体温	■今朝体温【 °C】 ■検温時刻【 時 分頃】 ■昨日最高体温【 °C】 ■平熱【 °C】
せき	でない ・ での【 コンコン ・ゴホゴホ ・ゼーゼー ・ケンケン その他 】
鼻水	でない ・ での【 水鼻 ・ 青鼻 】
痛み	ない ・ ある 【頭 ・ のど ・ おなか ・ 耳(右・左)・その他()】
食欲	ある ・ ない
吐き気	ない ・ ある 【いつから 日 時頃から 回 嘔吐した】
水分	とれている ・ あまりとれていない ・ とれていない
排泄	一人でできる ・ 一人でできないが知らせる ・ おむつ使用 下痢【 していない ・ している (月 日頃から)】
発疹	ない ・ ある 【部位 】
食事	一人で食べる ・ 食べさせてもらう ・ その他【 】
睡眠	どのように寝かせているか【一人で寝る・添い寝・おんぶ・抱っこ・その他()】
	寝る時の癖【 ない ・ ある()】 昨夜の状況【 よく眠れた ・ 眠れなかった】
便秘	していない ・ している【 日から】
遊び	好きな遊び【 】
	嫌いな事【 】
保育園・小学校で流行している病気 【 ない ・ ある(病名)】	

※該当箇所に○を付け、必要事項を記入してください。