様式第６号（第８条関係）

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　様

住　　所

申請者（保護者）　氏　　名

電話番号

いすみ市病児保育事業利用申請書兼同意書

　いすみ市病児保育事業を利用したいので、いすみ市病児保育事業実施要綱第８条第２項の規定により次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録番号 | |  | | 児童の所属 | | | 小学校・保育所(園)  幼稚園・こども園 | | |
| 対象児童 | お名前（ふりがな） | | | | | 体重　　　　㎏ | | 来院時の体温　　　　　℃ | |
| 生年月日等 | | 年　　月　　日生　（　　　歳　　か月　） | | | | | | 男　・　女 |
| 自宅住所の存する市町村 | | いすみ市 | | | | | | |
| 看護できない理由　　　　１.　勤務　２.　病気　３.　出産　４.　その他（　　　　　　　　　　　　）  利用時間　　　　　　　　一日利用　　・　　半日利用（　４時間　） | | | | | | | | | |
| 一番心配な症状は　⇒ | | | | | | | | | |
| 周囲で流行している病気はありますか？　　ない　・　ある　→　病名（　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **◆症状はいつからありますか？**　　　月　　　日  あてはまるものに○をしてください  　熱　（　　　日　　　時頃～）  　咳　痰　鼻水　鼻づまり　ゼーゼー  　喉の痛み　吐き気　腹痛　頭痛　目やに　発疹 | | | | | **◆ご自宅でのご様子**  　・最終排便時間(　　：　　)　硬　・　普　・　軟  　・睡眠時間　　(　　：　　)　～　(　　：　　)  　　　眠れた  　　　眠れなかった | | | | |
| **◆お食事について**  　・今朝のお食事（　　：　　）　食欲　　有　・　無  　　　　　内容　（　　　　　　　　　　　　　　　）  　・水分摂取量　　普通　・　少量  　・授乳→　飲んでいない  　　　　　　飲んだ　　　ｍℓ（　　　時）  　　　　　　（普段は1回　　　ｍℓ　　　時間ごと）  **◆アレルギー**　　なし　・　あり  　　　　　内容　(　　　　　　　　　　　　　　　) | | | | |
| **◆嘔吐**　（日にち　　　日～　╱　回数　　　回）  　・最終嘔吐（　　　日　　　時　　　分）  　・なし | | | | |
| **◆下痢**　（日にち　　　日～　╱　回数　　　回）  　・軟便  　・泥状  　・水様  　・なし | | | | |
| **◆機嫌**　　良い　・　普通　・　悪い  その他 | | | | |

* 裏面も記入欄があります。

|  |  |
| --- | --- |
| **◆けいれんの既往**　　　なし　・　あり  　今回のお熱で、けいれん予防薬(ダイアップ)を  　　　　使用した　　→　1回目（　　：　　）  　　　　　　　　　　　　2回目（　　：　　）  　　　　使用していない | ご心配な点等 |

**◎お薬について**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ◆朝のお薬は飲んできましたか？　　　　はい　・　いいえ　・　処方されていない | | | |
| ◆本日の保育中の服薬使用について　　　ある　・　ない | | | |
| **○以下は該当する方のみご記入ください。** | | | |
| 解熱剤 | のみ薬・座薬  →　使用した時間  　　　　(　　：　　) | 自宅吸入 | 吸入した時間  （　　：　　)（　　：　　） |
| はきけ止め | のみ薬・座薬  →　使用した時間  　　　　（　　：　　) |

**◎本日のお迎え・緊急連絡先について**

|  |  |
| --- | --- |
| お迎えの人 | 氏名　　　　　　　　　　　　　　　　(児童との続柄　　　　　　　　　　　　) |
| 携帯電話番号　　　　　　　　　　　　(その他・緊急連絡先　　　　　　　　　) |
| お迎えの時間 | 時　　　　　分頃 |
| 注意事項  １．児童の体調が急変した場合は、お迎えをお願いいたしますので、必ず連絡が取れるようにしてください。  ２．申請の際、保険証等及び子ども医療費助成受給券を受託者に提示してください。  ３．お迎え時間やお迎えの方が変わる場合は、必ず連絡をしてください。 | |

**同 意 欄**

病児保育事業を利用するに当たり、下記の内容について同意します。

記

１　病児保育室（所）より指示された預かり時間を厳守します。

２　病児保育室（所）の指示事項に反する場合、利用できなくなることがあります。

３　お預かりしたお子さま同士での感染を防ぐために、医師の症状判断による部屋割りを行いますが、

　　場合によっては厳密な感染防止ができないことがあります。

４　水痘、おたふくかぜ等感染力の強い病気のお子さまは必ず他のお子さまと別室にしますので、

定員数お預かりできないことがあります。

日付　　　　年　　　月　　　日　　　保護者氏名