

### 病児・病後児保育利用申込書

児童氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日	
保護者氏名			続柄		備考		
お迎えの方			続柄		連絡先		
利用理由	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他（ ）						
利用日時等	利用日時			お迎え時のサイン（※お迎え時に記入）			
	月 日	: ~ :	氏名	お迎え時間 :			
	月 日	: ~ :	氏名	お迎え時間 :			
	月 日	: ~ :	氏名	お迎え時間 :			
	月 日	: ~ :	氏名	お迎え時間 :			
症 状	病 名	<input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> その他（ ）		体 温	昨夜 °C	今朝 °C	
	主な症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	睡 眠	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い		【就寝時間】	:	【起床時間】 :	
	機 嫌	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い		朝 食	<input type="checkbox"/> 食べた <input type="checkbox"/> 少し食べた 時頃 <input type="checkbox"/> 食べていない		
尿	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない		便	【昨日】	回	【本日】	回
受診した医療機関	名 称				受診日		
					令和 年 月 日		
薬	【内服薬】 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後			【軟膏】	回	時頃	
	【点眼】			回	時頃	【その他】（ ）	
初めて使用する薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【名称】（ ）						
食 事	【普段の食事時間 昼食（ 時頃 ） おやつ（ 時頃 ）						
離 乳 食	【離乳食の段階】 <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 大人と同じ						
	（ : 頃 ）	食事+ミルク	cc	/	ミルクのみ	cc	
	（ : 頃 ）	食事+ミルク	cc	/	ミルクのみ	cc	
	（ : 頃 ）	食事+ミルク	cc	/	ミルクのみ	cc	
	【ミルクの排气】 <input type="checkbox"/> 出やすい <input type="checkbox"/> 出にくい						
午 睡	*普段お昼寝はしますか？ <input type="checkbox"/> はい 時間位 <input type="checkbox"/> いいえ						
	*寝かせ方 <input type="checkbox"/> 一人 <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> その他(癖等)（ ）						
排 泄	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> パンツ						
	*トイレトレーニング中ですか？ <input type="checkbox"/> はい（ <input type="checkbox"/> 自分で行ける <input type="checkbox"/> 声かけが必要 時間おき ） <input type="checkbox"/> いいえ						
好きな遊び				好きな玩具			
保育園・幼稚園・学校などで流行している病気							
1か月以内に【おたふくかぜ・みずぼうそう・麻疹・風しん・結核】にかかった家族						<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない	
乳 児 の み 記 入	<input type="checkbox"/> 寝返りをうつ <input type="checkbox"/> 腹ばい移動できる お座り（ <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 ） つかまり立ち（ <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 ）						
	つたい歩き（ <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 ） 歩 行（ <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 ）						
そ の 他 心配なことなど							