

認定番号	
------	--

尾道市病児・病後児保育事業利用申込書

申込日 _____

病児・病後児保育事業実施施設長 様

【申込保護者】

住 所	
名 前	
連絡先	(自 宅)
緊急時連絡先	(勤務先) _____
	(携帯電話) _____
	(その他) _____

次のとおり、尾道市病児・病後児保育事業の利用を申し込みます。

①利用児童名（ふりがな）	②性別	③生年月日（年齢：満 歳 ヶ月） ()
④利用希望期間 年 月 日から 月 日まで [] 日		⑤通所中の保育所（園）名等
⑥児童の状況 (病気の種類) ア 病名 _____ (a) 日常かかる疾病（かぜ、消化不良症等） (b) 感染症疾患（みずぼうそう、おたふくかぜ等） (c) 慢性疾患（ぜんそく等） (d) 外傷性疾患（骨折等） (e) その他 ()		
イ 発症年月日 年 月 日（推定年月日）	ウ 服用している薬の有無 有 ・ 無	
エ 病状及び経過等		
オ かかりつけ医療機関名		
⑦お迎えに来られる方の名前（続柄）		連絡先電話番号 _____
氏名： ()		お迎え時間： _____ 時 _____ 分
⑧家庭で育児できない理由 (a) 勤務の都合 (b) 傷病 (c) 事故 (d) 出産 (e) 冠婚葬祭 (f) その他 ()		

上記内容確認欄 署名 _____

【尾道市病児・病後児保育事業利用申込書記入上の注意事項】

1. 登録申込書を病児・病後児保育事業実施施設へ提出した後、利用申込みが可能となります。
2. ①は利用される児童名を記入してください。
3. ②は利用される児童の該当する性別に○をしてください。
4. ③は利用される児童の生年月日を記入してください。
5. ④は利用される期間を記入してください。（原則として連続7日以内）
6. ⑤は利用される児童の通所中の保育所（園）、小学校、幼稚園等を記入してください。
7. ⑥は利用される児童の体調に関して記入してください。
8. ⑦はお迎えに来られる方について記入してください。
9. ⑧は保護者が児童を家庭で育児できない理由に○をしてください。
その他に○をされた場合は（ ）内へ詳しい内容を記入してください。
10. 利用に係る保護者一部負担金（以下「利用料」という。）は事前登録完了後、尾道市子育て支援課により決定された金額となります。

与薬依頼書兼診療承諾書

- 1 別紙の薬剤情報提供書、またはお薬手帳の控えの通り、保護者に代わって与薬をお願いします。
- 2 入室後、児童の病状に変動が生じた場合、実施医療機関の医師の判断により、児童が、診療を受けることを承諾します。なお、診療にかかる費用は、保護者が負担します。 ※診療：検査・処置（レントゲン・点滴・採血など）

年 月 日

保護者氏名

入 室 時 情 報 記 入 用 紙

名前

利用日

/

()

～

/

()

日間

入室時の様子			
診療時の様子			
与 薬	スプーンの上で溶かして飲む	口にに入れてそのまま飲む	
水 分	コップで飲む	哺乳びん使用	
	飲まない・飲めないが（スプーン・ストロー）なら飲む・飲む		
食 事	1人で食べられる	半分ぐらい	全面介助する
排 泄	トイレで出来る	おむつ	紙パンツ
午 睡	とんとんされて眠れる		
そ の 他			
好きなあそび		その他 製 作 生活リズム 特記事項など	

尾道市病児・病後児保育事業連絡票

年 月 日 ()				児 童 名			
家庭での様子				病児・病後児保育室での様子			
18時							
19時							
20時							
21時							
22時							
23時							
24時							
↓							
6時							
7時							
8時							
平 熱	℃						
体 温	夜	時	℃	朝	時	℃	
鼻 水	多	少	無	体 温	:	℃	:
せ き	多	少	無	:	℃	:	℃
喘 息	多	少	無	:	℃	:	℃
嘔 吐	有 (回) 無			鼻 水	多	少	無
便	有 (回) (普通・軟便・下痢) 無			せ き	多	少	無
頓服(生薬)使用の有無	有(回)(熱さまし・けいれん止め・嘔吐止め) 無			喘 息	多	少	無
	投薬時間	夜 時	朝 時	嘔 吐	有 (回) 無		
薬の使用について	薬の名前 _____ 飲ませ方: 水にといて ・ そのまま口 その他 () 投薬時間: 夜 時 ・ 朝 時			便	有 (回) (普通・軟便・下痢) 無		
食 事	夜: 普通 少 食べない			薬の使用について	薬の名前 _____ 飲ませ方 水にといて ・ そのまま口 その他 () 投薬時間 時 ・ 時		
	朝: 普通 少 食べない			食 事	普通	少	食べない
食物アレルギー	有 (除去食品) 無			ミ ル ク	時	時	時
離 乳 食	初期	中期	後期	完了期	c c	c c	c c
ミ ル ク	*本日与えるミルクの量と時間*				排 尿		
	時	時	時	時	睡 眠	良 眠	不 眠
	c c	c c	c c	c c	機 嫌	良い	やや悪い 悪い
機 嫌	良い	やや悪い	悪い	安 静 度	・寝かせていた ・隔離 ・ベッド上 ・起きて遊んでいた ・室内安静 ・室内保育		
保護者より				保育士より			