様式第２号（第１０条関係）

有田町病後児保育事業利用申請書

年　　月　　日

有田町長　様

次のとおり病後児保育事業を利用したいので、有田町病後児保育事業実施要綱第 10 条第２項の規定に基づき、利用申請をいたします。なお、利用期間中は貴施設の指示に従います。

施設を利用する際に、記入してご持参ください。なお、連続して利用（同じ病気で２日目～5 日目）の場合は、太枠のみの記入で構いません。

登録番号	

児童氏名		年齢	歳　　ヶ月	利用の理由	□仕事　□その他(　　)
利用日時	月　日（　）　時　分～　時　分	本日の緊急連絡先	①父・母・その他（続柄＿＿＿氏名＿＿＿＿＿） 携帯・職場・自宅（　　－　　－　　）		
本日のお迎え	父・母 その他（続柄＿＿＿氏名＿＿＿＿） TEL（　　－　　－　　）		②父・母・その他（続柄＿＿＿氏名＿＿＿＿＿） 携帯・職場・自宅（　　－　　－　　）		

症状	発　症　日	月　　日
	主な症状に〇をおつけください	発熱・咳・鼻水・のどの痛み・ぜい鳴(ゼーゼー・ヒューヒュー) 下痢・おう吐・腹痛・発疹・湿疹
	その他の症状(具体的にお書きください)（　　）	
体調	昨日から今朝までの様子をお書きください。	
	睡眠時間	・就寝時間（　　時　　分）～　起床時間（　　時　　分）頃
	寝ている時の様子	・眠れた　・何度か起きた　・眠れなかった　（　　）
	尿・便の様子	・最後の排尿時間　（　　時頃）　・量（　多い　・　普通　・　少ない）
		・最後の排便日時　（　　月　　日　　時頃） ・状態（　硬い　・　普通　・　軟らかい　・　ドロドロ　・　水のような　）
	体　温	・昨夜（　　時頃　　℃）　今朝（　　時頃　　℃）
食事	食事の状況	・朝食は（　　）時頃食べた　・　食べていない（いつから　　） ※食事の内容（　　）
	水分摂取	・最終接種時間等　時間（　　時頃）何を（　　）　量（　　）
	食　欲	・普段とくらべて（　同じ　・　少ない　・　かなり少ない　）
	※ミルクの提供	※本日のミルク予定時間等（　　時頃　　cc）（　　時頃　　cc）
薬	投薬の有無	・　内服薬　・　塗り薬　・　点眼　・　吸入
	解熱剤の使用	・使用していない ・使用した（　　回　・　最後の使用は　　日　　時頃で　　℃）
	投薬の状況	・最終投薬時間等（　　時　　分頃）・薬の種類（　　）
その他	お昼寝の時間	（　　）時　～　（　　）時頃まで
	熱性けいれんの有無	・なし　・　あり（　　回、最後のけいれんは　　歳　　ヶ月）
	食物アレルギーの有無	・なし　・　あり（　　）
	オムツとトイレの状況	・常時オムツ・昼寝のみオムツ・トイレトレーニング中・オムツの使用無し
	好きなもの	キャラクター　・　テレビ　・　室内遊びなど（　　）

※必ず医師から確認を受けた書類を添付してください。