

市町村：

八女地区病児・病後児保育事業利用申込書兼病状連絡票

年 月 日

八女市長
広川町長

(保護者) 住所
氏名

印

八女地区病児・病後児保育事業を利用したいので、病状連絡票を記入の上、申し込みます。
なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

		登録番号	
ふりがな		男・女	生年月日： 年 月 日生
児 童 名			愛称： 体重： kg
利用の 日 時	年 月 日 時 分～ 時 分(日目)		
緊 急 連 絡 先			電話番号：
			電話番号：
今 回 の 病 気 に つ い て	病院・医院の受診 受診日： 月 日 受診病・医院() 病名() 投薬を(受けている・受けていない) 保育所等： 月 日から休んでいる		現在の症状 発熱： 度 咳・鼻水・頭痛・嘔吐・下痢・腹痛 喘息発作・発疹・とびひ・目やに 元気がない・食欲がない その他
	昨日からの症状や服薬の状況について、できるだけ詳しくご記入ください。		
	持参された薬の内容(薬剤情報提供書があれば一緒にご持参ください。) 服薬：要(時、 時、 時)・不要 その他の注意事項、希望事項		
ミ ル ク 摂 取 と 食 事 に つ い て	ミルク：飲ませ方(1回 ml、 回/日) 最後に哺乳させた時間： 時 分 施設での哺乳時間： 時、 時、 時 昼 食：持参(普通食・幼児食・離乳食(回/日)・下痢食) ※アレルギー体質：なし・ある(具体的に：)		
ト イ レ に つ い て	排便：ひとりのできる・手助け・おむつ 排尿：ひとりのできる・手助け・おむつ		
お 迎 え に つ い て	お迎えの時間： 時 分頃 お迎えに来られる方： 母親・父親・その他の方(お名前： 続柄：)		
持 参 品			