

利用申込書

今福こども園 園長 様

次の通り、乳幼児健康支援一時預かり事業を利用したいので、申し込みます。
 なお、利用期間中は施設の指示に従います。

年 月 日

保護者氏名 ㊟

児童の氏名等	ふりがな () 愛称 () 氏名 () () ()	生年月日 () 年 () 月 () 日	年齢 () 歳 () か月
利用時間	年 月 日 ~ 年 月 日		
主治医	医療機関名		電話番号 () -
	担当医師		
緊急連絡先	1番目	氏名 () 続柄 () 連絡先名称 ()	携帯電話番号 () - () 電話番号 ()
	2番目	氏名 () 続柄 () 連絡先名称 ()	携帯電話番号 () - () 電話番号 ()
	3番目	氏名 () 続柄 () 連絡先名称 ()	携帯電話番号 () - () 電話番号 ()
今回の病気について (あてはまるものに○をつけ、必要なところに記入してください。)			
病名 ()			
《保育園(所)・学校等はいつから休んでいるか》 年 月 日 () 日間			
《いつからどんな症状があるか》			
《現在の症状》 (当てはまるものに○をつけてください。)			
発熱	発疹	せき	鼻水
のどの痛み	腹痛	下痢	吐き気
食欲低下	頭痛	めやに	その他 ()
* 機嫌 (良い ・ 普通 ・ 悪い)		* 睡眠の状態 (良い ・ 普通 ・ 悪い)	
* 便の様子 (普通 ・ 軟便 ・ 下痢)		* 便の回数 (昨日 回 ・ 今日 回)	
* 処方薬を受けて (いる ・ いない)		* 薬を飲んだ時間 (昨夜 : 今朝 :)	
《入室中の食事について》			
食欲 (良い ・ 普通 ・ 悪い)			
□授乳中 (①母乳 ②人口 ③混合 1回 CC × 回 / 1日)			
□離乳中 (①どろどろ ②舌でつぶせる ③歯茎でつぶせる ④歯でかめる)			
□普通食 (アレルギー又はアトピー等による食事制限 無 ・ 有 ())			
アレルギー体質の有無	無 ・ 有 ()		
行動	<input type="checkbox"/> 寝ている <input type="checkbox"/> 首がすわっている <input type="checkbox"/> 寝返る <input type="checkbox"/> 座る <input type="checkbox"/> はう <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 歩行自由		