

病児・病後児保育事業利用申請書

年 月 日

施設の長 様

次のとおり病児・病後児保育事業を利用したいので、みやま市病児・病後児保育事業実施要綱第9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。

おひさまルームを利用する際に、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、3日目）の場合は、住所の記入を省略しても構いません。

お子さんのお名前	日 目	男・女	年 齢	歳 月
住 所	登 録 番 号			
利 用 時 間	年 月 日	必ず連絡がとれる連絡先	1.	
	午前 午後 時 分～ 午前 午後 時 分		2.	
保 護 者 名	お迎えの方			
主な症状（○印をお付けください） 発症日： 月 日 発熱・下痢・おう吐・咳・ぜい鳴（ゼーゼー、ヒューヒュー）・発疹・湿疹 その他（具体的にお書きください）				
昨日から今朝までの様子をお書き下さい。（症状）				
○就寝時間【 時 分頃】 ～ 起床時間【 時 分頃】 ○寝ている時はどんな様子でしたか？（ ） ○朝食は ・（ ）時頃食べた（内容： ）（保育中のミルクの予定時間とミルクの量） ・食べていない ・ミルクのみ ※食欲の有無（普通・不良） ○最後の尿と便の時間 ・尿（ ）時頃 ・便（ ）日（ ）時頃（固・普・軟・水様） ○体 温（昨夜 ℃）（今朝 ℃） ○解熱剤は ・使用していない ・使用した（ 回 最後の使用は 時頃）で（ 度） ※ふだん解熱剤を使用する体温（ ℃）				
薬の種別	与薬方法（用法・用量等）			
内服薬（1）	◎服用時間 食（前・間・後） 分	塗り薬	◎回数 回（時間）	
	◎服用方法 そのまま・水で溶く・その他		◎患部（ ）	
内服薬（2）	◎服用時間 食（前・間・後） 分	点眼薬	◎回数 回（時間）	
	◎服用方法 そのまま・水で溶く・その他		◎患部（左目・右目）	
○発達に関する助言を受けたことの有無 ①有（ ） ②無 ○現在までの熱性けいれんの有無 ①有 ⇒ 最後のけいれんは（ 才 ヶ月） ②無 ○アレルギー食の有無 ①有 ⇒ 除去食（ ） ②無 ○オムツとトイレの状況 ①常時オムツ ②お昼寝のみオムツ ③トイレトレーニング中 ④オムツは使用していない				

おひさまルームの記録

年 月 日( 曜)( 日目)

今日の \_\_\_\_\_ さんの様子

※問合せ おひさまルーム 080-8584-3554

時間		夜朝	8時	9時	10時	11時	12時	13時	14時	15時	16時	17時	18時
熱型	(°C)												
	40												
	39												
	38												
	37												
	36												
便・尿													
睡眠													
症状													
内服薬													
処置													
吸入													
解熱剤													
その他 水分量													
食事	10時おやつ		摂取量	主食	副食								15時おやつ
子供の様子													