

みなみのたいう保育園 A.S.K 病後児保育 利用申込書

ふりがな 児童の氏名	男・女	生年月日	平成 令和	年 月 日 (歳 ヶ月)
---------------	-----	------	----------	-------------------

病後児保育事業を利用するとき、この意見書を医療機関で記入してもらってください。

◆これより下は、医療機関でご記入ください。

疾病名	
症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> その他()
安静度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ベット上安静 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内保育(他児と室内で普通に遊んでもよい)
飲食	<input type="checkbox"/> 通常通り <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> 離乳食
投薬等	<input type="checkbox"/> 飲み薬 <input type="checkbox"/> 貼り薬 <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> その他()
その他・留意点	
診察日	令和 年 月 日 現時点では、病後児(回復期)保育事業の利用が可能であることを認めます。 医療機関名 医師氏名 住所 電話番号



医師より上記の説明を受けた上で、次のとおり病後児保育をりようしたいので申し込みます。

尚、利用期間中は施設と連携し、急変時のリスクを承知した上で

保護者の責任のもと適切に対応します。

令和 年 月 日

保護者氏名



(利用日時) 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 予定

(緊急連絡先) 氏名

続柄

連絡先

<第一>

<第二>