

パピー保育園病児保育利用申込書

令和 年 月 日

パピー保育園 殿

申込者名（保護者）

㊞

1. パピー保育園の病児保育を利用したいので主治医の「パピー保育園病児保育医師連絡票」を添付して申し込みます。
2. 薬は医師の処方に基づいたものを『与薬依頼書』と、その薬剤の説明書を添えて提出します。
3. 児童の状態が悪化して病児保育での対応が困難になり、病児保育実施が困難と認めた時は、その利用の中止に同意します。
4. 病児における通院は、家族で行います。

【病児保育利用児童】

(ふりがな)

氏名： _____ 性別： 男／女

生年月日： _____ 年 月 日 (_____ 歳 _____ ヶ月)

住所：〒 _____

通園施設等： 1. 児童発達支援施設、リハビリ、小学校（3年生まで）等を利用している

施設名： _____

電話番号： _____

2. 通園等していない

*通っている施設で流行っている病気はありますか

はい (_____)

いいえ

病名（症状等）	
現在の状況	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> その他 (_____)
経過	(発病から今朝までの様子)
備考	(知らせておきたいことなどご記入ください)