

墨田区病児保育事業利用申込書(同意書)兼病状連絡票

利用日: 年 月 日

実施施設を利用する際に、御自宅で御記入の上、お持ちください。

| | | | |
|-----------------------|----------|-------|--------|
| 児童 | フリガナ | | 愛称 |
| | 氏名 | | |
| | 性別 | 生年月日 | 登録番号 |
| | 男・女 | 年 月 日 | - |
| 保護者 | フリガナ | | 続柄 |
| | 氏名 | | |
| | 勤務先名・連絡先 | | 携帯電話番号 |
| 自宅住所 | (〒 -) | | 自宅電話番号 |
| 現在通っている 保育園・小学校等 | | | 電話番号 |
| かかりつけ医等 医療機関名称 | | | 電話番号 |
| 本日の緊急連絡先 (氏名・電話番号) | 氏名: | | 続柄() |
| | 電話番号: | | |
| | 氏名: | | 続柄() |
| | 電話番号: | | |

【実施施設利用に当たっての同意事項】

実施施設の保育内容について理解した上で、利用を申し込むこと。

子どもの容態が悪化した場合には、実施施設では原則として保護者の同意を得た上で、治療、処置又は与薬を行うが、保護者に連絡が取れない場合又は緊急時に、医師の判断において治療、処置又は与薬を行うことがあることを理解し、いずれの場合も医療費を支払うこと。

保護者は、定められた時刻までに子どもを迎えに来ること。また、定められた時刻にかかわらず、施設から迎えの要請があった場合には速やかにこれに応じること。

万一、実施施設内の保育で、感染が疑われる症状が発生しても了承すること。

保護者が持参した飲食物に関する責任については、保護者が責任を負うこと。

今回の利用に際し、以上の事項に同意します。

年 月 日

保護者氏名

印

自署の場合、押印不要

裏面の病状連絡票も御記入ください。

病状連絡票

| | | | |
|--------------------------------|---|---|----------------------------|
| 病名 | | | |
| 病気の経過 | (該当するものに 印を付けてください。) | | |
| | 発熱 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 咳 ・ 鼻汁 ・ ゼーゼー、ヒューヒュー呼吸 湿疹(部位:) ・ 発疹(部位:) ・ その他() | | |
| | 症状のはじまり 年 月 日頃から | | |
| | 経過 | | |
| その他気になること | | | |
| 体温 | 平熱: | 前夜: | 今朝: (時 分頃) |
| 排便 | 昨日()回 | なし ・ 普通 ・ 硬便 ・ 軟便 ・ 下痢便 ・ 水様便 | |
| | 今朝()回 | なし ・ 普通 ・ 硬便 ・ 軟便 ・ 下痢便 ・ 水様便 | |
| 嘔吐 | なし ・ あり | 昨日()回 | 今朝()回 |
| 睡眠 | 就寝時間 ()時頃 | よく眠っていた ・ あまり眠っていない ・ ほとんど眠っていない | |
| | 起床時間 ()時頃 | | |
| 機嫌 | 良い ・ 普通 ・ 悪い | 健康なときと比較して記載してください。 | |
| 薬 | 【家庭での服薬状況】 | | |
| | 解熱剤 | 使用せず ・ 使用 (最終使用: 月 日 時頃) | |
| | 内服薬 | 内服せず ・ 内服 (今朝 時 分頃) 飲ませ方() | |
| | 貼付薬 (ホクナリテープ等) | 使用せず ・ 使用 | |
| 熱性けいれん | なし ・ あり | (直近では 歳のとき) | |
| アレルギー | なし ・ あり | () | |
| 食事 | 昨日 | 夕食: | 時 分 (普通 ・ 少ない ・ 食べていない) |
| | 今日 | 朝食: | 時 分 (普通 ・ 少ない ・ 食べていない) |
| | 食事に関する特別な指示 | | |
| なし ・ あり () | | | |
| その他伝達事項(特に知らせたいことがあれば御記入ください。) | | | |

| | | | |
|-----------------------|--|----|-------------------|
| お迎え予定者 | | 続柄 | お迎え予定時間 時 分 |
| お迎えに来られた方のサイン(お迎え時記入) | | 続柄 | お迎え時間 時 分 |