

第2号様式（第9条関係）

年 月 日

病児・病後児保育利用申込書

尾張旭市長 殿

〒
保護者 住所
氏名
電話番号

次のとおり病児・病後児保育の利用を希望します。

| | | | |
|--------------|-----------------------------------|---|-----------|
| ふりがな | | 生年月日 | 年 月 日 |
| 児 童 名 | | 年 齢 | 歳 か月 |
| 利用希望日 | 年 月 日 () | | |
| 保 育 時 間 | 時 分～ 時 分 | | |
| 家庭での保育が困難な理由 | ①勤務 ②疾病 ③入院 ④介護 ⑤冠婚葬祭 ⑥その他 () | | |
| 病 状 等 | 症 状 | 発熱 ・ 発疹 (部位:) ・ 咳 ・ 鼻水 のどの痛み ・ 腹痛 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 吐き気 頭痛 ・ その他 () | |
| | 体 重 | Kg | |
| | 体 温 | [今の体温] °C (時 分) [平熱] °C | |
| | 機 嫌 | よい ・ やや悪い ・ ぐずる | |
| | 排 便 | 済み (時頃 普通 ・ 軟便 ・ 下痢便) してない(時頃の予定) | |
| | 排 尿 | 最後に行った(オムツ交換した)時間 時 分 1日に 回程度 | |
| | 食 欲 | 普通 ・ 少ない ・ 食べない | |
| | 睡 眠 | [昨晚寝た時間] 時 分 [今朝起きた時間] 時 分 | |
| 投 薬 状 況 | 坐 薬 | 無 ・ 有 (最後に使った時間 時 分) | |
| | 抗 瘧 薬 | 無 ・ 有 (最後に使った時間 時 分) | |
| | 内 服 薬 | 今朝内服済み (時 分) ・ 今朝の内服は未 | |
| お迎え時間 | 時 分(父・母・祖父・祖母・その他) | | |
| 緊 急 連 絡 先 | ① | 名前 | 電話(自宅・職場) |
| | | 続柄 | 携 帯 電 話 |
| | ② | 名前 | 電話(自宅・職場) |
| | | 続柄 | 携 帯 電 話 |
| 備 考 | | | |

※実施事業者の医師の判断

| 保育の可否 | 可 ・ 否（理由： ） | | |
|-------|----------------|------------|--------|
| 診断の結果 | 01 感冒・感冒様症候群 | 11 膿痂疹 | 21 その他 |
| | 02 咽頭炎 | 12 突発性発疹症 | () |
| | 03 扁桃腺炎 | 13 手足口病 | 22 発疹 |
| | 04 気管支炎 | 14 伝染性紅斑 | 23 下痢 |
| | 05 喘息・喘息性気管支炎 | 15 流行性耳下腺炎 | 24 嘔吐 |
| | 06 消化不良症 | 16 麻疹 | 25 咳嗽 |
| | 07 感冒性嘔吐症 | 17 水痘 | 26 喘鳴 |
| | 08 自家中毒症 | 18 百日咳 | 27 発疹 |
| | 09 中耳炎・外耳炎 | 19 風疹 | |
| | 10 結膜炎(流角結を含む) | 20 インフルエンザ | |
| 医師の指示 | 保育中の注意事項等 | | |