

病児保育室「おひさま」利用申込（同意）書

独立行政法人地域医療機能推進機構

高岡ふしき病院院長 殿

1 病児保育事業の利用について、次のとおり申請します。

2 利用期間中は、事業実施機関の指示に従います。

3 児童の病状悪化等、事業実施機関が利用継続不相当と判断した時は、利用の中止に同意します。

令和 年 月 日

申請者（保護者）

| | | | | | |
|---------|----------------------------|-----------|----------------------------|------------------|-----|
| 児童氏名 | | 性別 | 生年月日 | 通所施設 | 愛称 |
| ふりがな | | 男 女 | 年 月 日 歳 カ月 | 保育園・幼稚園・こども園・小学校 | |
| お迎えに来る方 | 氏名 | 児童との関係（ ） | | お迎え時間 | 時 分 |
| 昨日の様子 | | | 今日の様子 | | |
| 体温 | 午前： 時 分 °C | 体温 | 朝： 時 分 °C | | |
| | 午後： 時 分 °C | | | | |
| 鼻汁 | 多い ・ 少し ・ ない | 鼻汁 | 多い ・ 少し ・ ない | | |
| 咳 | 多い ・ 少し ・ ない | 咳 | 多い ・ 少し ・ ない | | |
| 喘鳴 | 多い ・ 少し ・ ない | 喘鳴 | 多い ・ 少し ・ ない | | |
| 嘔吐 | なし ・ あり（朝・昼・夜 / 回数 回） | 嘔吐 | なし ・ あり（ 時頃 / 回数 回） | | |
| 尿 | 通常通り ・ 少ない ・ 出ていない | 尿 | 通常通り ・ 少ない ・ 出ていない | | |
| 便 | なし ・ 普通 ・ 軟 ・ 泥状 ・ 水様 | 便 | なし ・ 普通 ・ 軟 ・ 泥状 ・ 水様 | | |
| | 回数 | | 回数 | | |
| 食事等（夕） | 水分 とれる（約 ml） ・ とれない | 食事等（朝） | 水分 とれる（約 ml） ・ とれない | | |
| | 食事 いつも通り ・ いつもより少ない ・ 食べない | | 食事 いつも通り ・ いつもより少ない ・ 食べない | | |
| 内服 | 薬名（ ）（ ） ・ なし | 内服 | 薬名（ ）（ ） ・ なし | | |
| | 内服時間（ : ）（ : ） ・ 内服せず | | 内服時間（ : ）（ : ） ・ 内服せず | | |
| 解熱剤 | 薬名（ ）（ ） | 解熱剤 | 薬名（ ）（ ） | | |
| | 使用時間（ : ）（ : ） ・ 使用せず | | 使用時間（ : ）（ : ） ・ 使用せず | | |
| その他薬 | 薬の名前（ ）（ ） ・ なし | 持参薬 | ①薬名（ ） 使用時間（ ） | | |
| | 使用時間（ : ）（ : ） ・ 使用せず | | ②薬名（ ） 使用時間（ ） | | |
| 睡眠 | 良眠 ・ 浅眠 ・ 興奮 | その他連絡事項 | ※入室時、お薬手帳と一緒に担当保育士へ渡して下さい | | |
| | 睡眠時間（ : ~ : ） | | | | |
| 活動 | 寝て過ごした ・ 起きて遊んでいた | | | | |
| 機嫌 | 良好 ・ 倦怠 ・ 興奮 | | | | |

以下の項目にご記入下さい（連日の利用で初日の内容に変更のない方は、省略いただいてもかまいません）

| | | | |
|--|-----------|---|--|
| 病名（症状） | 受診した医療機関名 | 今回の症状が初めて現れた日 | 月 日 |
| 保育中に症状が増悪した場合の対応 | | <input type="checkbox"/> 保育室スタッフによる当院受診 <input type="checkbox"/> 保護者連絡・お迎えによる他院受診 ※急変時においては、当院の緊急受診にて対応いたします | |
| 食 事 | | 薬の飲み方 | 入眠方法 |
| <input type="checkbox"/> ミルク（1回 ml / 時間おき） <input type="checkbox"/> 離乳食（前期・中期・後期）を1日 回 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 除去食※内容によっては食事を提供できないことがあります 除去が必要な食材： | | <input type="checkbox"/> そのまま <input type="checkbox"/> スプーンで <input type="checkbox"/> コップに入れる <input type="checkbox"/> スポイト <input type="checkbox"/> その他： | <input type="checkbox"/> ひとりで <input type="checkbox"/> かかわり必要（選択してください） とんとん・抱っこ・おんぶ・添い寝・添い乳 その他（ ） |
| 食事の様子 | | 排泄 | お昼寝 |
| <input type="checkbox"/> 一人で食べる（スプーン ・ はし） <input type="checkbox"/> 手伝えば食べられる <input type="checkbox"/> 食べさせる | | <input type="checkbox"/> 糞 <input type="checkbox"/> トイレ・コップ中 <input type="checkbox"/> パンツ 気を付けること： | <input type="checkbox"/> 寝ていない <input type="checkbox"/> 午前（ : ~ : ） <input type="checkbox"/> 午後（ : ~ : ） |
| 緊急時連絡先 | 氏名 | 続柄 | 電話番号 |
| | ふりがな | | |
| | ① | | |
| | ふりがな | | |
| | ② | | |
| | | | 連絡先名称 |
| | | | 携帯 ・ 勤務先 その他（ ） |
| | | | 携帯 ・ 勤務先 その他（ ） |

*病児保育室内で撮影したお子さんの写真を、おひさま通信や広報等に掲載することに（同意します ・ 同意しません）

*今回当事業の利用を希望する理由（さしつかえなければ） 1、勤務の都合 2、疾病 3、事故 4、出産 5、その他（ ）