

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 <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（ ）