

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）
サイン**

児 童 氏 名		生 年 月 日		お迎え時間	
ふりがな		年 月 日 歳 カ月		時 分頃	
お迎えに来る方	氏名	児との関係（ ）		連絡先 電話番号	
昨 日 の 様 子			今 日 の 様 子		
体 温	午前： 時 分 °C	体 温	朝： 時 分 °C	(平 熱 °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 ・ 出していない	尿	通常通り ・ 少ない ・ 出していない		
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	いつも通り・いつもより少ない・飲まない	食事等 (朝)	水分	いつも通り・いつもより少ない・飲まない
	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	
	最終内服時間（ : ） ・ 内服せず			朝の内服時間（ : ） ・ 内服せず	
解熱剤	薬名（ ） ・ なし		解熱剤	薬名（ ） ・ なし	
	最終使用時間（ : ） ・ 使用せず			最終使用時間（ : ） ・ 使用せず	
その他薬	薬名（ ） ・ 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		※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（ : ~ : ）		その他 連絡事項		
活 動	寝て過ごした ・ 起きて遊んでいた				
機 嫌	良 好 ・ 倦 怠 ・ 興 奮				

* ご利用初日の方は、裏面もご記入ください。（連日の利用で初日の内容に変更のない方は記入不要です。）

