

病児・病後児保育利用票

病（後）児保育を利用する際に、記入してご持参下さい。

平成 年 月 日

利 用 期 間	年 月 日 ～ 年 月 日			
	午前・午後 時 分 ～		午前・午後 時 分	
児 童 氏 名		男・女	年齢	歳 カ月
保 護 者 名		緊 急 連絡先	自宅 携帯	
主 治 医	電 話 (病院・医院) F A X			
主な症状 (○印をつけて ください)	発熱・下痢・嘔吐・咳嗽・喘鳴・発疹・湿疹 その他（具体的にお書き下さい）			
子どもの今の 状態（その他）	食欲	: 良い 普通 悪い		
	睡眠状態	: 良い 普通 悪い		
	機嫌	: 良い 普通 悪い		
	便通	: 良い 普通 悪い		
	その他	:		
その他 体質（薬物アレルギーなど）や癖など心配なこと。				
看護できない理由	<input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> 傷病・事故 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> その他			

実施機関記入欄（該当項目に○をつけ、日数をご記入ください。）

病児保育に該当	日
病後児保育に該当	日

