

守谷市病児・病後児保育事業利用申込書

守谷市長 宛て

令和 年 月 日

申請者 住所
(保護者) 氏名
電話

守谷市病児・病後児保育事業を利用したいので、主治医の診療情報提供書を添付して申し込みます。

ふりがな		男	生 年 月 日
児童氏名		女	年 月 日
通園施設等	施設名： 保育園 幼稚園 小学校	保育当日の緊急連絡先 電話： 携帯：	
利用理由 (保護者の状況)	①就労 ②疾病 ③事故 ④出産 ⑤冠婚葬祭 ⑥その他		
かかりつけの 医療機関(主治医)	医療機関名： 所在地：	担当医師： 電 話：	
利用期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 (日間)		
今回の病気について	病名： 今朝の体温 度		
	現在の症状（当てはまるものに○をつけてみてください） 発熱 発しん 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 下痢 吐き気 食欲低下 頭痛 めやに その他（ ）		
	処方薬を受けている（ いる ・ いない ）		
	病後児保育室で与薬を希望する場合は、与薬依頼書を記入して提出してください。		
栄養方法	授乳中（①母乳 ②人口 ③混合 1回 cc× 回）		
	離乳中（①ドロドロ ②舌でつぶせる ③歯茎でつぶせる ④歯でかめる）		
	普通食 食事制限 ①必要 ②不必要（制限内容 ）		
食事の状況	①全面介助 ②一人で食べるがかなりこぼす ③一人で食べる（はし スプーン）		
行動の様子	①寝ている ②首がすわっている ③寝返る ④座る ⑤這う ⑥立つ ⑦伝い歩き ⑧歩行自由		
排泄の様子	①おむつ（排泄教える 教えない） ②時々おもらし ③自立		
アレルギーの有無	①有（ ） ②無		
周囲の状況	周囲（保育所やご家族の職場等）で流行している病気等があれば記載してください。		
注意事項			

与薬依頼書

令和 年 月 日

保護者に代わって与薬をお願いいたします。

依頼者 保護者氏名
児童氏名

処方月日	令和 年 月 日
処方内容	抗生物質 かぜ薬 下痢止め 吐き気止め その他 ()
薬の種類	粉 () 包 ・ 水薬 ・ その他 ()
与薬時間	食前 ・ 食後 ・ その他 ()

- 1 薬は今回の病気で処方されたもののみ、お預かりいたします。
- 2 今回処方された薬を1回分にして、名前を記入してください。
- 3 複数ある場合はそれぞれに名前を記入してください。
- 4 薬剤情報提供書又はお薬手帳の控えがある場合は提出してください。

以下は病児病後児保育室が記載します

受領者サイン

与薬者サイン

与薬時間 時 分 与薬