

南幌町病児・病後児保育事業利用申請書

南幌町長 様

南幌町病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり申請します。

ふりがな		性別	生年月日	年 齡
児童の氏名		男 ・ 女	年 月 日	歳 か月
緊急連絡先	①氏 名 (続柄:) TEL			
	②氏 名 (続柄:) TEL			
利用期間	年 月 日 () 年 月 日 () の () 日間			
児童のお迎え	本日のお迎え時間 (:) お迎えに来る方の氏名: 続柄 ()			
児童の症状	体 温 (°C) ←今朝の体温を記入してください。			
	機 嫌 良い・普通・だるそう・ぐずり気味・興奮			
	現在の症状（該当するものに☑してください） <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> せき <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 発しん <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> その他 ()			
	薬の処方 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 薬の内容 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 解熱剤 <input type="checkbox"/> 風邪薬 <input type="checkbox"/> せき止め <input type="checkbox"/> その他 () 保育時間中の薬の服用について <input type="checkbox"/> 飲ませてください <input type="checkbox"/> 飲ませないでください			

同 意 書

病児・病後児保育事業の利用にあたり、次の事項に同意いたします。
 病児・病後児保育事業の利用中に児童の体調が急変した場合、事前に保護者に連絡を取ることを原則としますが、速やかに連絡が取れない場合又は急を要する場合については、町立南幌病院での医療行為を優先させることに同意します。

年 月 日

住所 _____

氏名 _____ 印 _____