

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。【記入日 令和 年 月 日】

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 () 利用時間帯 時 分～ 時 分まで 年 月 日 () の () 日間 当日利用希望 受診後すぐ 午後から(13時30分～)			
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。			
	インフルエンザや溶連菌等の検査を受けましたか？また、すでに何らかの診断がついていますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい (検査内容: いつ: 月 日 検査結果:)			
	発熱はありましたか？いつから、最高何°Cでしたか？ <input type="checkbox"/> 発熱なし <input type="checkbox"/> 発熱あり (から 日前まで) (最高 °C)			
	ご機嫌はいかがですか？ <input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> だるそう <input type="checkbox"/> ぐずり気味 <input type="checkbox"/> 興奮			
	食事や水分は摂れていますか？ <input type="checkbox"/> 食事・水分とも摂れている <input type="checkbox"/> 水分のみ摂取している <input type="checkbox"/> 水分も摂れていない			
	現在の症状 (該当するものに <input checked="" type="checkbox"/> してください) <input type="checkbox"/> 咳 (日前から) <input type="checkbox"/> 痰 (日前から) <input type="checkbox"/> 咽頭痛 (日前から) <input type="checkbox"/> 鼻水 (日前から) <input type="checkbox"/> 倦怠感 (日前から) <input type="checkbox"/> 頭痛 (日前から) <input type="checkbox"/> 筋肉痛や関節痛 (節々の痛み) (日前から) <input type="checkbox"/> 下痢 (日前から) <input type="checkbox"/> 吐き気 (日前から) <input type="checkbox"/> 嘔吐 (日前から) <input type="checkbox"/> 腹痛 (日前から) <input type="checkbox"/> その他 ()			
	過去に大きな病気や手術の経験、治療中の病気はありますか？ <input type="checkbox"/> いいえ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> 過去に <input type="checkbox"/> 治療中 (病名)			
	薬の処方 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ※当院での薬の処方は必要ですか？ <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ 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				
病状の変化があった場合	病児保育の中止、早退の希望はありますか。 <input type="checkbox"/> はい→お迎えの依頼を電話連絡します。 <input type="checkbox"/> いいえ→可能な範囲で病児保育を続行します。			
	必要に応じて当院での処方の希望はありますか。 <input type="checkbox"/> はい→お迎え時に処方します。 <input type="checkbox"/> いいえ ※外来受付終了時間(16:30)以降に病状の変化があった場合には、院外処方箋は発行できません。			
あいくる使用欄	同日の病児保育の利用者 <input type="checkbox"/> 1人目 <input type="checkbox"/> 2人目 <input type="checkbox"/> 3人目 2人目以降の場合、保育士の追加確保 <input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 不可能			