

## 播磨町病後児保育利用申込書

令和 年 月 日

播磨町長様  
事業実施施設長様

播磨町病後児保育医師連絡票を添えて、通常保育中よりも予測不能な状況が起こり得る危険性が高いこと、および投薬についても同様にその危険性が高いことを認識、理解した上で利用を申し込みます。なお、利用にあたっては実施施設の指導に従います。

申請者（保護者） 住所 播磨町 \_\_\_\_\_  
氏名 \_\_\_\_\_ 印  
連絡先 ( ) \_\_\_\_\_

※記名押印に代えて、署名(自署)によることも可能です

ふりがな 児童名	男・女	利用日	月 日 ~ 月 日
	愛称[ ]	予定利用時間	~
生年月日	令和・平成 年 月 日		
通園施設等	_____ 保育園・こども園・幼稚園 _____ 歳児クラス その他の施設のと き(名称) : _____		
申請者以外の緊急 連絡先(保護者等)	氏名(続柄)	連絡先(勤務先、その他のときは名称等)	電話番号
	( )		( ) -
	( )		( ) -

以下、該当項目に○をつけてください。また、必要な項目は記入してください。

かかりつけの 医療機関	病院・診療所名 _____ 主治医名 _____ 電話番号 ( )
今回の病気 について	(診断名)
現在の主な症状	利用前の体温 _____ °C (平熱 _____ °C) 下痢・嘔吐・せき・発疹・湿疹 その他( )
現在の食事 について	授乳期( 母乳・人口・混合 ) × _____ 回 離乳期( 初期・中期・後期 ) 幼児期( 普通食・軟食 ) アレルギー食(除去内容: )
その他病気やけが	有・無 (有の場合内容: )
与薬の依頼	有・無 (有の場合内容: ) ※薬剤情報提供書があればお持ちください。
普段の様子	食事の様子 ①全面解除 ②一人で食べるがかなりこぼす ③一人で食べる 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はう ⑥立つ ⑦伝い歩き ⑧歩行自由 排泄の様子 ①おむつ(排泄を教える・教えない) ②時々おもらし ③自立 睡眠の様子 夜: 時 分 ~ 朝: 時 分 ②お昼寝: 時 分 ~ 時 分 遊びの様子 ( ) 性格( ) 発達上気になること( )
その他伝えたい事	

(利用者 ⇒ 実施施設)