

様式第2号(第6条関係)

乳幼児健康支援一時預り事業利用申請書

年 月 日

嬉野市長 様

嬉野市乳幼児健康支援一時預り事業を利用したいので次のとおり症状をお知らせします。なお、利用期間中は、施設長の指示に従います。

保護者氏名 印

|  |                 |              |
|--|-----------------|--------------|
| ふりがな                                     | 男               | 年 月 日        |
| お子様の名前 (愛称)                              | 女               | ( 歳 箇月)      |
| 在園保育所等名                                  | (担任 )           | 電話番号         |
| 利用日時                                     | 年 月 日から         | 年 月 日まで      |
| かかりつけの医療機関                               | (主治医 )          | 電話番号         |
| 連絡先                                      | 自宅              | 電話番号         |
|  | 緊急連絡先(1)        | 電話番号         |
|  | 緊急連絡先(2)        | 電話番号         |
| 今回の病気について(当てはまるものに○を付け、必要なところを記入してください。) |                 |              |
| 病名( )                                    |                 |              |
| 保育所等はいつから休んでいますか？                        |                 |              |
| 月 日から                                    | 本日の機嫌は、どうですか？   |              |
|  | (良い 普通 良くない)    |              |
|  | 昨日の睡眠状態はどうでしたか？ |              |
|  | (良い 普通 良くない)    |              |
| いつからどんな症状がありましたか？                        |                 |              |
| 食事と服薬と便について                              |                 |              |
| 昨日から今日の食欲は、どうですか？                        | 薬を飲んだ時間         | 便の様子は、どうですか？ |
| (良い 普通 良くない)                             | 昨日の夜 : 頃        | (普通 軟便 下痢)   |
| 病後一時保育事業利用中の食事                           | 薬は持ってきましたか？     |              |
| (普通食 離乳食 ミルク)                            | 抗生剤 解熱剤 座薬      |              |
| ミルクの場合                                   |                 |              |
| 1回( )cc ( )回/日                           | その他( )          |              |
| 保護者からの連絡事項)                              |                 |              |
| 迎えに来られる方は 父親 母親 祖父 祖母 その他(続柄 :氏名 )       |                 |              |