病児保育事業利用申請書

つくばスマイル保育園　園長

令和　　年　　月　　日　　記入

ふりがな			男・女	生年月日　　年　月　日生	
お子さんの氏名				年齢　　歳　　ヶ月	
緊急連絡先	父・氏名	ふりがな		勤務先名	
		TEL		勤務先TEL	
	母・氏名	ふりがな		勤務先名	
		TEL		勤務先TEL	
保護者以外の緊急連絡先		氏名	関係性	電話番号	
お迎え予定者		関係(　　)			

〇お子さんの症状はいつからはじまりましたか？経過を記載してください。

朝のお熱　　℃	解熱剤の使用　有(　　／　　時　　分)・無

〇お薬はもらっていますか　　有　・　無

薬の内容→風邪薬・抗生剤・咳止め・吐き気止め・整腸剤

その他(　　)

※園で飲むお薬がある場合は別紙「与薬依頼書」の記入と、
お薬の説明書またはお薬手帳の写しが必要です。

〇既往歴

・熱性けいれん　　あり・なし　　【ありの場合→(　　)歳児の時】

・てんかん　　あり・なし　　【ありの場合→最終発作　　／　　】

・気管支喘息　　あり・なし　【ありの場合→最終発作　　／　　】【吸入した時刻　最終　：　】

・その他(

〇アレルギー

あり・なし　　【　　】

その他	体質(薬物アレルギー、食物アレルギーなど)や、くせなど心配なこと・考慮してほしいことについて具体的にお書きください。

医師より説明を受けた上で、病児保育を申し込みます。

令和　　年　　月　　日　　保護者署名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞