様式第６号　　登録No.

病児・病後児保育事業利用申込書

(宛て先)旭川市長・実施施設長　　年　　月　　日

病児保育・病後児保育事業の利用について，次のとおり申し込みします。

申請者（保護者）

申請者氏名		児童との続柄	□父　□母　□その他（　　）
住　所	旭川市		
申込理由	□就労　□傷病　□事故　□出産　□冠婚葬祭　□その他（　　）		
登録申請からの変更	□なし　□あり（□氏名　□住所　□連絡先　□勤務先　□その他（　　）		

利用児童

ふりがな 児童氏名		年齢	歳　か月	□男 □女	通園・通学先 □認可保育所　□認定こども園　□幼稚園 □その他保育施設(認可外等)　□小学校	平熱　℃ 体重　kg
利用希望期間	月　日（　曜日）から　月　日（　曜日）					
来所時間	時　分頃	預けにくる方の氏名		続柄	□父　□母　□その他（　　）	
お迎え時間	時　分頃	迎えにくる方の氏名		続柄	□父　□母　□その他（　　）	

緊急時の連絡先		氏　名	続柄	連絡先名	電話番号
	①				
	②				

健康保険証番号	記号　　番号　　保険者番号
写しの提出 ※提出済に✓	□健康保険証　□子ども医療費受給者証　□ひとり親医療費受給者証 □その他（　　）
添付書類	□医師連絡票

＜利用にあたっての確認事項＞

１　病状等について（□欄については該当項目に✓印を記入してください。）

病　名				受診医療機関		
体　温	今朝　℃	昨夜　℃	解熱剤の使用	□なし　□あり（最後に使用した日時　月　日　時　分頃）		
現在の症状 該当項目に✓印を記入し，発症日も記入してください。	□発熱（　日～）□咳（　日～）□鼻水（　日～）□鼻づまり（　日～）□のどの痛み（　日～） □発疹（　日～）□喘息（　日～）□ゼーゼー（　日～）□頭痛（　日～）□めやに（　日～） □腹痛（　日～）□下痢（　日～）□嘔吐（　日～）□吐き気（　日～）□食欲低下（　日～） □湿疹（　日～）□その他(　　)（　日～）					
排泄の自立	□自立　□すべておむつ　□トレーニング中　□就眠時のみおむつ				排泄の予告	□あり　□なし
排便・排尿の状況	□普通便　□硬便　□軟便　□泥状便　□水様便 □粘液便　□血便				最終排便	月　日　時頃
					最終排尿	月　日　時頃
食　欲	□あり　□なし			水　分	□取れている　□取れていない	
睡眠状況	□眠れた　□何回か起きた　□眠っていなかった				睡眠時間	時　～　時
寝付き	□良い　□悪い			機　嫌	□良い　□普通　□悪い	

２　食事について（□欄については該当項目に✓印を記入してください。）

□ミルク	１回(　　)CC　(　　)時間おき　時間：(　　)時，(　　)時，(　　)時，(　　)時
□離乳食	□初期　□中期　□後期
□幼児食	□一人で食べる　□介助が必要　食欲：□旺盛　□普通　□小食
	好きな食べ物（　　）嫌いな食べ物（　　）
食物アレルギー	□なし　□あり（登録申請からの変更　□なし　□あり：アレルギー品目　　）
	除去食　□不要　□必要　除去食品（　　）
その他食事に関する指示があれば記入してください。	

（裏面も記入してください。）

3 薬について（□欄については該当項目に✓印を記入してください。）

利用時の薬の使用	□なし □あり　薬の名前（　　）最後に使用した日時（　　月　　日　　時頃）
薬の内容	□咳止め　□下痢止め　□風邪薬　□その他（　　）
与薬方法	□食前　　□食間　　□食後　　□その他（　　）
薬の飲ませ方	□そのまま　　□水に溶かして（□スポイト　　□スプーン）
	□薬を嫌がらない　□薬を嫌う　　□時に薬を吐く
その他	使用法・注意事項などがあれば記入してください。

与薬依頼書

別紙の「お薬手帳」または「説明用紙」の控えのとおり，保護者に代わって与薬をお願いします。

年　　月　　日

依頼者　保護者氏名

＜実施施設からのお願い＞

・処方薬については，原則として「医師連絡票」に記載されたものをお預かりします。

・与薬する薬の内容が記載された「お薬手帳」または「説明用紙」を一緒にお持ちください。保育中に与薬がない場合もお持ちください。

・薬には一包みずつ，日にちと名前の記入をお願いします。本日分のみお持ちください。

・頓服薬（座薬など）は処方された薬袋のままお持ちください。

・病後児保育では，頓服薬（座薬など）のお預かりはできません。

＜実施施設記入欄＞

病院名		処方日	月　　日		
薬の剤型	□粉（　　袋）　□水薬（　　本）　□外用薬　□その他（　　）				
受領者		受領日時	月　　日　　時　　分	保管	□室温□冷蔵□その他
投与者		投与時刻	時　　分，　　時　　分，　　時　　分		
頓服薬	薬剤名	投与者		投与時刻	時　　分，　　時　　分
実施状況等	□お薬手帳　□説明用紙				

その他，伝えておきたいことなどがありましたら，ご記入ください。

＜実施施設記入欄＞

受付印		□上記のとおり利用を承諾する。（利用開始　　月　　日） □待機						
		利用日	受付時間	降所時間	病児利用料	病後児利用料	給食費	利用料計
					□5時間以内　1,000円 □5時間超　2,000円 □連日利用　1,000円 □免除	□5時間以内　850円 □5時間超　1,700円 □連日利用　850円 □免除	□300円	
					□5時間以内　1,000円 □5時間超　2,000円 □連日利用　1,000円 □免除	□5時間以内　850円 □5時間超　1,700円 □連日利用　850円 □免除	□300円	
					□5時間以内　1,000円 □5時間超　2,000円 □連日利用　1,000円 □免除	□5時間以内　850円 □5時間超　1,700円 □連日利用　850円 □免除	□300円	
施設長	受付者				□5時間以内　1,000円 □5時間超　2,000円 □連日利用　1,000円 □免除	□5時間以内　850円 □5時間超　1,700円 □連日利用　850円 □免除	□300円	
					□5時間以内　1,000円 □5時間超　2,000円 □連日利用　1,000円 □免除	□5時間以内　850円 □5時間超　1,700円 □連日利用　850円 □免除	□300円	
備考					□5時間以内　1,000円 □5時間超　2,000円 □連日利用　1,000円 □免除	□5時間以内　850円 □5時間超　1,700円 □連日利用　850円 □免除	□300円	
□変更（住所・氏名）あり □その他（　　）					□5時間以内　1,000円 □5時間超　2,000円 □連日利用　1,000円 □免除	□5時間以内　850円 □5時間超　1,700円 □連日利用　850円 □免除	□300円	