ミントリーフ・インターナショナル・プリスクール川崎小田園 病後児保育室　利用申込書

(株)グランドクロス　ミントリーフ・インターナショナル・プリスクール川崎小田園 　　　 病後児保育室　　施設長 宛

　 　　　年　　 　 　月　　 　　日

# 申込者（保護者）　氏名　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ 　　　　　　　　　　　　　　病後児保育を利用したいので、次のとおり申し込みます。　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ＊該当するものに☑をつけて下さい

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 登録番号 |  | |  |  |  |  |  |  |  |
| 児童氏名 |  | | |
| 看護できない理由 | | □勤務のため　　　　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先  　＊必ず連絡が取れる番号を記入して下さい | | 1 | □携　帯（続柄：　　 　　）　□勤務先 ( )　　□自宅 | | | | | | | | | | |
| 電話番号：　　　　　 　（　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 2 | □携　帯（続柄： 　　　　）　□勤務先 ( )　　□自宅 | | | | | | | | | | |
| 電話番号：　　　　 　　（　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| ふりがな | | |  | | | | | | | | | | |
| お迎えに来られる方のお名前 | | |  | | | | | | | | | | |
| お迎え予定時刻 | | | 時　 　　　　分　　　　　続柄：　父　・　母　・　（　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 診断名 | | | 病　名： | | | | | | | | | | |
| 診断を受けた日： | | | | | | | | | | |
| 本日の症状  ＊昨日と比べた様子を  （　）に○をつけて下さい | | | □発　熱　 （　　改善　　継続　　悪化　）　最高（　　　　　　．　　　　℃） | | | | | | | | | | |
| □吐き気　（　　改善　　継続　　悪化　） | | | □下　痢　 （　　改善　　継続　　悪化　） | | | | | | | |
| □鼻　水　 （　　改善　　継続　　悪化　） | | | □鼻づまり（　　改善　　継続　　悪化　） | | | | | | | |
| □せ　き　 （ 　改善　　継続　　悪化　） | | | □喘　鳴　 （　　改善　　継続　　悪化　） | | | | | | | |
| □腹　痛　 （　 改善　　継続　　悪化 　） | | | □その他　 症状を詳しく記載して下さい  　( ) | | | | | | | |
| 薬の使用について | | | □解熱剤内服・座薬 （　　　　：　　　 に使用）　　　　 □けいれん止め （　　　　：　 　 に使用） | | | | | | | | | | |
| □吐き気止め内服・座薬　（　　　　：　　　に使用） 　□吸入　（　　　　：　　　　に使用） | | | | | | | | | | |
| 起床時間 | | | ：　　　　　に起床　　（　よく眠れた・何度か目が覚めた・全然眠れなかった　） | | | | | | | | | | |
| 来室前の食事について  　＊食べた内容や量を記入して下さい | | | ：　　　　頃に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　を食べた | | | | | | | | | | |
| 最後の排泄時間 | | | 尿　（　　 　：　　　　）　　　便　（　　 　　：　　　　）　　　□オムツ　　□トイレ | | | | | | | | | | |
| 気になる事などがあればご記入下さい | | |  | | | | | | | | | | |