

病後児保育室「たいよう」利用申請書

年 月 日

たいようこども園園長 様

申請者 住所 _____

(保護者) 氏名 _____ ㊞

(Tel. - -)

次のとおり病後児保育を利用したいので、病後児保育医師連絡票を添えて申請します。

対象児童氏名 (生年月日・年齢)	(男・女) (年 月 日生 歳 か月)	申請者との続柄
在籍する保育所等	(Tel. - -)	
利用日	年 月 日 () ~ 月 日 ()	
緊急連絡先	氏 名	連絡先 (勤務先等)
児童を看護できない理由	① 勤務の都合 ② 出産 ③ 保護者の疾病 ④ 介護 ⑤ 災害 ⑥ その他 ()	

同 意 書

- (1) 病後児保育室「たいよう」利用中に、病状が変化したときまたは看護師が保育の継続が困難と判断された時には、速やかに迎えに行きます。
- (2) 病状の悪化等で緊急を要する場合は、看護師が医療機関にて対応いただくことに同意し、要した経費（診療費・薬剤費・搬送費等）についても必ず支払うことに同意します。
- (3) 事業の性質上、他の利用者の病気に感染する可能性があることを理解の上、病後児保育室「たいよう」の利用を申し込みます。
- (4) 通常保育中よりも予測不能な状況が起こりえる可能性が高いこと及び、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、病後児保育室「たいよう」を利用します。
- (5) 事業実施にあたり、万一事故等が発生しても、施設側の故意又は重大な過失である場合を除き、当該実施施設は責任を負わないことに同意します。

保護者氏名 _____ ㊞

(裏面記入) 名前 () 日付 ()

※以下、該当項目に○を付けてください。また、必要な項目は記入してください。

症 状	下痢・嘔吐・咳・発疹・湿疹・その他 ()		
今 朝 の 体 温	℃		
食 事 の 状 況	夕 食		
	朝 食		
	そ の 他		
機 嫌	前 夜	普通	良い 悪い
	今 朝	普通	良い 悪い
排 便	前 夜	普通	軟らかい 固い (回)
	今 朝	普通	軟らかい 固い (回)
睡 眠	就 寝		
	起 床		
入 浴	有・無		
薬 の 依 頼	有・無 (有の場合：薬の名前) *薬剤情報提供書 有・無		
子どもの様子 連絡事項			
お 迎 え	時 分頃 誰が ()		