

病児・病後児保育利用申込書

病児保育こもれび 宛

次のとおり、病児・病後児保育を利用したいので申し込みます。

利用日 20 年 月 日

保護者氏名

㊞

(ふりがな) 児名氏名 歳 月 20 年 月 日生	男・女	利用を希望する時間	※翌日利用
		時 分から 時 分まで	有 (希望受診時刻 時 分) 無
利用理由		お迎えの方	
仕事・用事 勤務先名 TEL	氏名 TEL	続柄	
緊急連絡先 (2名ご記入ください)	氏名	続柄	TEL
	氏名	続柄	TEL
病名または症状	起床時間	朝の食事/薬(時間)	
既往歴	※アレルギー(現時点) あり・なし 具体的に		
※熱性けいれん あり・なし ありの場合 発症日及び対処法	排便	ひとりできる・手助け・おむつ	
	排尿	ひとりできる・手助け・おむつ	

【与薬依頼書】

下記のとおり医師により処方された薬を服用していますので、保育中についても与薬してください。

処方した病院名	
処方日(薬をもらった日) 月 日	
薬の名称	薬の飲ませ方
内服薬	
坐薬	
点眼	
軟膏	
その他	
その他の注意事項	

※薬には、氏名を記入してお持ちください。

医師・薬剤師による薬剤情報提供書(お薬手帳)があればコピーを添付してください。

(市販の薬のお預かりはしませんのでご了承ください。)