

流星台エンジェル保育園病後児保育室
利用申請書

利用児童氏名	ふりがな	生年月日	年	月	日生	男・女
		(満	歳	か月)		
利用期間	令和 年 月 日 ~ 月 日 (日間)					
緊急連絡先 <small>※携帯以外にも 職場など必ず 繋がる番号を お書き下さい。</small>	お名前：		続柄：			
	電話番号：					
	お名前：		続柄：			
	電話番号：					
お迎え予定者 時間	氏名：		利用児童との関係 ()			
	時間：		時 分ごろ			
現在の症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> その他 ()					
症状の経過	症状が出てから現在までの経過をお書きください。					
預かり中の薬の有無	なし ・ あり ※投薬依頼書を記入し一緒に持参してください。					
既往歴	熱性けいれん	あり・なし		座薬の指示	あり・なし ℃以上で使用	
	喘息	なし・治療継続中・悪化時のみ治療		吸入の使用	なし ・ あり	
	アレルギー	なし ・ あり アレルゲン食材：				
その他 注意事項						

医師より病後児室利用の許可があり、児童の全身状態も安定しているため、
病後児保育に申し込みます。

令和 年 月 日 保護者名 (自署)