

様式第3号（第9条関係）

甲州市病後児保育利用申込書

年 月 日

（あて先）実施施設長 様

保護者氏名

児童名

保育中状態の変化により、受診が必要な場合は保護者が対応しますが、緊急時の対応は、園に一任します。

今回の病名		症 状	
利用希望期間	月 日 ～ 月 日までの 日間		
食事の状況	母乳 ・ 人工 ・ 混合 時間ごと哺乳		
	離乳食（ 初期 中期 後期 ） 幼児食 食物アレルギーの有無（ あり（ ） なし（ ）		
生活の様子	食事：一人で食べる（可・不可）、はしで食べる（可・不可） 排泄：おむつ（紙・布・なし）、おまる、トイレに大人がつく、自立 排泄後の始末（可・不可）、排便（毎日・ 日ごと） 睡眠：添い寝、一人寝、おんぶ、だっこ、何かを持つ、うつぶせ		
投薬依頼	<b>※投薬の必要がある場合は、記入して下さい。</b> 投薬期間 平成 年 月 日 ～ 平成 年 月 日 投薬時間 昼食前 ・ 昼食後 ・ その他（ ） 内服薬 計 包 粉薬（ ）・水薬（ ）・錠剤（ ） 内服薬以外の薬がある場合 ・吸入・・・吸入時間（ ） ・軟膏・・・塗布する部位（ ） ・点眼・・・点眼する目（ 右 ・左 ・両目 ） *薬は、1回分ずつにまとめて、それぞれに名前を明記して下さい。 *薬局の調剤内訳書がある場合は、持参して下さい。		
その他	伝達事項があれば、お書き下さい。		