

病児保育室 ぐうぐう 利用申込書(ご利用日ごとにご提出下さい)

利用者番号(No)

お名前	ふりがな	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年	月	日
			愛称()	歳	か	月
住所	〒 福岡市 区					
利用時間	年 月 日 時 分 ~ 月 日 時 分					
連絡先 必ず連絡が取れる 連絡先を2か所お 願います	①保護者氏名 (続柄)		電話番号() - -			
	携帯アドレス		携帯番号 - -			
	②保護者氏名 (続柄)		電話番号() - -			
	携帯アドレス		携帯番号 - -			
今回の病気 について	病名: 医師に <input type="checkbox"/> 受診している ・ <input type="checkbox"/> 受診していない 処方箋を <input type="checkbox"/> 飲んでいる ・ <input type="checkbox"/> 飲んでいない 市販薬を <input type="checkbox"/> 飲んでいる ・ <input type="checkbox"/> 飲んでいない 病児保育室利用依頼書等 <input type="checkbox"/> ある ・ <input type="checkbox"/> ない 保育所はいつから休んでますか? 月 日 保育所で流行っている病気()		今朝の体温 ℃ 今回の症状(当てはまるものに✓を) <input type="checkbox"/> 発熱 ・ <input type="checkbox"/> 発疹 ・ <input type="checkbox"/> 咳 ・ <input type="checkbox"/> 鼻水 ・ <input type="checkbox"/> ぜんそく発作 <input type="checkbox"/> 頭痛 ・ <input type="checkbox"/> のど痛 ・ <input type="checkbox"/> 嘔吐 ・ <input type="checkbox"/> 下痢 ・ <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 食欲低下 ・ <input type="checkbox"/> 元気がない ・ <input type="checkbox"/> とびひ ・ <input type="checkbox"/> 目やに その他()			
	昨日からの症状・服薬について *今朝の朝食 <input type="checkbox"/> 食べてない ・ <input type="checkbox"/> 食べた(内容:) *最後の排便 (日 時) 便の状態: *最後に解熱剤を使った時間 (日 時) 食物や薬のアレルギー <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり() 熱性けいれん <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり【今までに 回(最終 年 月 日)】 *その他お子様の様子について詳しくご記入ください。		スタッフ記入欄			
お食事について 当てはまる□に ✓をお願いします	<input type="checkbox"/> 授乳中 (<input type="checkbox"/> ① 母乳 <input type="checkbox"/> ② ミルクはだいたい1日に 回【1回 ml飲む】 ミルク <input type="checkbox"/> 不要 ・ <input type="checkbox"/> 要 【最後に飲ませた時間 時】【こちらで飲む時間 時、 時、 時】 <input type="checkbox"/> 離乳中 (<input type="checkbox"/> ① ドロドロ <input type="checkbox"/> ② 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> ③ 歯茎でつぶせる <input type="checkbox"/> ④ 歯でかめる) <input type="checkbox"/> 普通食 アレルギーなどによる食事制限(<input type="checkbox"/> ① 必要 <input type="checkbox"/> ② 不要) <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一人で食べるがかなりこぼす <input type="checkbox"/> 一人で食べる (<input type="checkbox"/> はし ・ <input type="checkbox"/> スプーン)					
おくすり	服薬 <input type="checkbox"/> 不要 ・ <input type="checkbox"/> 要 (時、 時、 時)					
行動	<input type="checkbox"/> ① 寝ている <input type="checkbox"/> ② 首がすわっている <input type="checkbox"/> ③ 寝返りをする <input type="checkbox"/> ④ 座る <input type="checkbox"/> ⑤ ハイハイする <input type="checkbox"/> ⑥ つかまり立ち <input type="checkbox"/> ⑦ 伝い歩き <input type="checkbox"/> ⑧ ヨチヨチ歩き <input type="checkbox"/> ⑨ しっかり歩く					
睡眠	眠り方、眠くなる時間帯などあれば教えてください()					
排尿	<input type="checkbox"/> ① おむつ(<input type="checkbox"/> 排泄教える ・ <input type="checkbox"/> 教えない) <input type="checkbox"/> ② 時々おもらし手助け必要 <input type="checkbox"/> ③ ひとりできる					
排便	<input type="checkbox"/> ① おむつ(<input type="checkbox"/> 排泄教える ・ <input type="checkbox"/> 教えない) <input type="checkbox"/> ② 時々おもらし手助け必要 <input type="checkbox"/> ③ ひとりできる					
お迎えにこられる方は <input type="checkbox"/> 母親 <input type="checkbox"/> 父親 <input type="checkbox"/> その他(お名前 続柄) *お迎えの方は身分証明書をご持参下さい						
右記の中で予防接種がすすんでいる もの、既にかかっているものに✓を つけてください。		水痘	おたふくかぜ	ロタウイルス	今シーズンのインフルエンザ	
	予防接種済	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
既にかかった	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

上記のとおり、病児保育室の利用を申し込みます。なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

年 月 日

申し込み者名