

## こまつ・なんぶ 病児保育ルーム利用申込書

利用日時	R 年 月 日 時 分 ～(お迎え) 時 分				
認定こども園・保育所・幼稚園・小学校名	認定こども園・保育所・幼稚園名( )・( )小学校 年				
お子さんの氏名	ふりがな		診療情報提供書	あり ・ なし	
	生年月日	H・R 年 月 日	年齢	歳	ヶ月
性別、第○子	男 ・ 女 (第 子) ←満18歳になる年度を超えた兄・姉は含めずに何番目の子か記入してください				
お迎えに来る方	母親 ・ 父親 ・ その他 (氏名 続柄 )				
緊急連絡先	氏名 TEL( ) -				
住所地 ※1年以内に転入の場合、その他欄に市町村名、転入日を記載してください	小松市 ・ その他(市町村名: ) (転入日: 年 月 日)				

病 名			今回の病気で かかった病院		
健康状況を お知らせください	発熱はいつから( ) 昨日 _____℃ 今朝 _____℃		最終下熱剤使用時間 _____月 _____日 _____時 _____分ころ		
	気になる事 ( 咳 ・ 鼻水 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ その他( ) )				
	嘔吐 ( _____回 最終時間 _____時 _____分 )				
	便の性状( 良便 ・ 硬便 ・ 軟便 ・ 下痢 ) 下痢 _____回 最終時間 _____時 _____分				
周りで流行している感染症があれば教えてください ( )					
病児ルームでとんぶくを使用する際の確認です (熱) _____何度以上 (どのような様子) _____の時使用しても良い 使用前後の連絡 ( 必要 ・ 不要 )					
昨晚の睡眠状況 良眠 ・ 不眠気味					
食欲( あり・ふつう・なし )朝食(内容 _____朝食の時間 _____時 _____分)					
熱性けいれん ( あり ・ なし )					
食物アレルギー ( )					
薬アレルギー ( )					

持ち物 (○をつけてください)	全ての お子さま	保険証 ( コピー可 ) 薬の説明書 処方薬 頓服 ( 内服 坐薬 ) タオルケットまたはバスタオル(午睡用) アイラップ(ビニール袋) お弁当・おやつ(なんぶ病児保育ルームを利用される方のみ) 着替え: 上衣× _____枚 ズボン× _____枚 肌着× _____枚 靴下× _____枚 その他 ( )			
	必要なお子 さまのみ	オムツ× _____枚 おしりナップ オムツマット 食事用エプロン× _____枚 ミルク 哺乳瓶 その他 ( )			

- ◆1 こまつ病児保育ルームをご利用されるお子様が医師の診察が必要となった場合、市民病院の診察を受けることを承諾します。
- ◆2 お子様の容態が変化し、病児保育での対応が困難になったとき又は病児保育の職員が利用を不適当と判断したときは、病児保育の中止に同意します。
- ◆3 保育料等の減免措置の可否判断のため、小松市が保有する住民記録情報及び住民税課税状況等に必要個人情報について小松市職員が照会することに同意します。

上記のとおり、こまつ・なんぶ病児保育ルームの利用を申し込みます 署名 \_\_\_\_\_