

様式第1号 (第8条関係)
 三木町長殿
 (実施施設の長) 殿

年 月 日
 Date _____

病児・病後児保育事業利用申込書

Daycare for Sick/Recovering Kids (Application Form)

病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

I would like my child to use the daycare for sick/recovering kids.

利用施設 Facility Name				
住所 Address			保護者氏名 Parent/guardian Name	
			携帯番号 Cell phone number	
児童名 Child's name	(男・女) (M/F)	生年月日 Date of birth	年 月 日生 (歳)	体重 Kg Weight
利用日及び 時間 Dates/time of use	年 月 日 Year Month Day 時 分～ 時 Time:	児童を看護できな い理由 Reason for application	1 勤務の都合 Work 2 その他 Other ()	
通所 (通園・通学) 中の保育所 (幼稚園・小学校) 名 Name of daycare/school that they usually attend				
緊急 連絡先 Emergency Contact		氏 名 Name	電 話 番 号 Phone number	続柄 Relation to the child
	1			
	2			
	3			
お迎え予定時刻 頃 Pickup Time	時 分	お迎え予定 保護者氏名 Who will pick the child up? (Parent/guardian name)	(続柄) (Relation to the child:)	

●家庭での様子 (当てはまる□にチェックを入れてください。) Please check all that apply

	昨夜の様子 Yesterday evening	今朝の様子 This morning
体温 (°C) Temperature	<input type="checkbox"/> ~37 <input type="checkbox"/> 37~38 <input type="checkbox"/> 38~39 <input type="checkbox"/> 39~40	<input type="checkbox"/> ~37 <input type="checkbox"/> 37~38 <input type="checkbox"/> 38~39 <input type="checkbox"/> 39~40
乳幼児 Infants	<input type="checkbox"/> ミルクMilk _____ m l <input type="checkbox"/> 離乳食前期 Baby food: Start <input type="checkbox"/> 中期 Baby food: Middle <input type="checkbox"/> 後期 Baby food: Weaning (end)	<input type="checkbox"/> ミルクMilk _____ m l <input type="checkbox"/> 離乳食前期 Baby food: Start <input type="checkbox"/> 中期 Baby food: Middle <input type="checkbox"/> 後期 Baby food: Weaning (end)
食事量 Appetite (Food)	<input type="checkbox"/> 普通 Normal <input type="checkbox"/> やや少 Less than normal <input type="checkbox"/> 少 Much less than normal <input type="checkbox"/> 水分のみ Only liquids	<input type="checkbox"/> 普通 Normal <input type="checkbox"/> やや少 Less than normal <input type="checkbox"/> 少 Much less than normal <input type="checkbox"/> 水分のみ Only liquids
水分量 Liquids	<input type="checkbox"/> まずまず摂取 Normal <input type="checkbox"/> 少量のみ Very little	<input type="checkbox"/> まずまず摂取 Normal <input type="checkbox"/> 少量のみ Very little
薬 Medicine	解熱剤 Did you give them fever reduction medicine? <input type="checkbox"/> 未使用 No <input type="checkbox"/> 使用 Yes (最後 時頃) When? ()	解熱剤 Did you give them fever reduction medicine? <input type="checkbox"/> 未使用 No <input type="checkbox"/> 使用 Yes (最後 時頃) When? ()
症状 Symptoms	<input type="checkbox"/> 発熱 fever <input type="checkbox"/> セキ cough <input type="checkbox"/> 鼻汁 runny nose <input type="checkbox"/> 喘鳴 wheezing <input type="checkbox"/> 腹痛 stomachache <input type="checkbox"/> 嘔吐 vomiting <input type="checkbox"/> 下痢 diarrhea <input type="checkbox"/> 咽頭痛 sore throat <input type="checkbox"/> 頭痛 headache <input type="checkbox"/> 不機嫌 grumpy (unhappy) <input type="checkbox"/> 不活発 sluggish (not active) <input type="checkbox"/> その他 other (具体的にwhat?→)	
アレルギー Allergies	<input type="checkbox"/> 無 No <input type="checkbox"/> 有 Yes (何に What kind? →)	
既往症 Medical History	<input type="checkbox"/> 突発性湿疹 Roseola <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) Measles <input type="checkbox"/> 風疹 Rubella <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) Chickenpox <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 Atopic dermatitis (eczema) <input type="checkbox"/> 熱性けいれん Febrile convulsion (seizures from fever) <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 Mycoplasma pneumonia <input type="checkbox"/> 喘息 Asthma <input type="checkbox"/> てんかん Epilepsy <input type="checkbox"/> 手足口病 Hand, Foot and Mouth Disease <input type="checkbox"/> りんご病 Fifth Disease (red cheek disease) <input type="checkbox"/> プール病 PCF (Pool Fever) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) Mumps <input type="checkbox"/> その他 Other ()	

●医師の指示欄 (かかりつけの医療機関)

THE REST OF THE FORM IS TO BE FILLED OUT BY THE DOCTOR (HOSPITAL)

病名 症状 Illness Name/Symptoms	<input type="checkbox"/> 保育可 Daycare Permitted <input type="checkbox"/> 保育不可 Daycare Not Permitted	保育室 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4
		安静度 <input type="checkbox"/> 安静 <input type="checkbox"/> 静かな遊び
指示	・持参の薬 (□朝 □昼 □不要) ・水分 □少しずつ □欲しいだけ コメント	
昼食	・□普通食 ・□除去食 (□卵 □小麦 □そば □牛乳 □その他 ()) ・□ミルク (_____ m l) ・牛乳 □与えてよい。 □与えてはならない。	

●病院確認欄

町負担額	半額	・	全額
------	----	---	----