

# 利用申込書

（あて先）長崎市長

次のとおり病児・病後児保育事業を利用したいので申し込みます。  
 なお、利用期間中は施設の指示に従います。

年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_

登録番号（ \_\_\_\_\_ ）・新規

（ふりがな） 児 童 氏 名	（ _____ ） 男 女	生年月日	平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日 （ _____ 歳 _____ カ月）
利 用 日 時	年 月 日（ _____ ） 時 分 ～ （お迎え） 時 分		
連 絡 先	自宅の住所： _____ TEL _____ 緊急連絡先： _____ TEL _____ 緊急連絡先： _____ TEL _____		
今回の病気について（あてはまるものに ○印をつけ、必要なところをご記入ください。） 病 名（ _____ ）（わかっている場合のみご記入ください。） 医師に（受診している・未受診） 医療機関名（ _____ ） 病院・医院 TEL _____			
いつからどんな症状がありましたか？ 主な症状に○をつけてください（発熱：咳嗽：鼻汁：喘鳴：下痢：嘔吐：発疹）			
※解熱剤を使用した日時（ _____ 月 _____ 日 _____ 時頃）その時の体温（ _____ 度）			
本日の機嫌はどうか？（良い：ふつう：不良） 昨日の睡眠状態はどうか？（良い：ふつう：不良）			
食事と服薬と便について			
昨日から今日の食欲はどうか？ （良い ふつう 不良） 入室中の食事 （普通食 離乳食 ミルク） ミルクの場合 1回（ _____ ）CC（ _____ ）回/日 食物アレルギーはありますか？ 卵 牛乳 そば粉 大豆 小麦 その他	くすりを飲んだ時間 昨日の夜 _____ 時 _____ 分 今 朝 _____ 時 _____ 分 薬の種類 （ _____ ）	便の様子はどうですか？ 昨日 _____ 回 （ふつう 軟便 下痢） 今日 _____ 回 （ふつう 軟便 下痢）	
くすりは持ってきましたか？ 抗生剤 解熱剤 座薬 その他（ _____ ）			
けいれんはありましたか？ （有：無）			
連れてこられた方は	父 母 祖父 祖母 その他（続柄・名前 _____）		
迎えにこられる方は	父 母 祖父 祖母 その他（続柄・名前 _____）		