

安城市病児・病後児保育事業利用届出書

安城市長  申込者(保護者)住所 氏名  電話番号 (自宅) (緊急連絡先)		申込日 年 月 日	
ふりがな		生年月日	年 月 日 ( 歳 か月)
利用予定期間	年 月 日( ) ~ 年 月 日( ) まで ( 日間)		
利用予定時間	午前午後 : ~ 午前午後 : まで		
傷病等の状況	現症状の経過		体重 Kg 平熱 °C 現在の体温 °C
	現在の症状	発熱 発疹(部位 ) 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 下痢 嘔吐 吐き気 食欲低下 頭痛 目やに その他( )	
主治医	病院・医院	担当医師氏名	
緊急時の対応	①連絡なく受診 ②受診後連絡 ③一度連絡がほしい 連絡先		
日頃の様子	与薬	①スプーンの上で溶かして飲む ②口に入れてそのまま飲む ③その他( )	
	水分	①コップで飲む ②哺乳びん使用 ③ストロー使用 ④その他( )	
	食事	①一人で食べられる ②半分介助 ③全面介助 ④その他( )	
	排泄	①トイレでできる ②オムツ ③トレーニング中 ④その他( )	
	午睡	①一人で眠れる ②とんとんされて眠る ③その他( )	
注意事項	※お子さんのことで、アレルギーや既往歴など、注意することがあればご記入ください。		

※事務処理欄

利用期間	年 月 日( ) ~ 年 月 日( )	日間
------	---------------------	----