20　　年　　月　　日

1. 病児・病後児保育室利用申込書

大阪大学理事（保育施設運営委員会委員長）　殿

申請者（保護者）　所属部局

職　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

※注. 申請者（保護者）は、「病児・病後児保育室利用登録申請書」

と同じ申請者（保護者）名でお願いします。

病児・病後児保育室の利用について、関係書類を添えて申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児　童 | フリガナ | |  | | | 生年月日 | | 20　　年　　　月　　　日 | | |
| 氏名 | | （男・女） | | | 年齢 | | 歳 | 体重 | Kg |
| 住所 | |  | | | | | | | |
| 通園施設名 | | （　　　　市） | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | ① | 氏名 | | 続柄 | | | 携帯電話 ( ) － | | | |
| 勤務先 | | | | | 電話番号 ( ) － | | | |
| ② | 氏名 | | 続柄 | | | 携帯電話 ( ) － | | | |
| 勤務先 | | | | | 電話番号 ( ) － | | | |
| お迎え予定時間 | 時　　　　分頃　　 ＊予定時間を30分以上前後する場合は電話でお知らせ下さい | | | | | | | | | |
| お迎えに来る人 | □父　　　□母　　　□その他（　　　　　　　）　　　＊身分証の提示をお願いします | | | | | | | | | |
| 主治医  （かかりつけ医） | 医療機関名 | | | | 担当医師 | | | 電話番号 | | |
| （　　　市） | | | |  | | | ( 　　 ) － | | |

児童の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 疾患名 |  | |
| 熱 | 月　　　日　　　時頃～　　　℃　（最高　　　月　　　日　　　時頃　　　　℃） | |
| 症状 | □ 咳　　　　月　　日～  □ 鼻汁　　　月　　日～  □ 嘔吐　　　月　　日～  昨日　 　回　今朝　　回 　最終　：　頃  □ 下痢　　　月　　日～　(軟・泥状・水様)  昨日 　　回　今朝　　回　 最終　：　頃  □ 発疹　　　月　　日～（部位：　　　　）  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　） | ＜本日の様子＞　体温　　　　　　℃  昨夜の睡眠　　　：　　～　　：  食欲　□有　　　□無  　朝食　　：　　頃  　　内容（　　　　　　　　　　　）  授乳　　　：　　頃 (母乳・ミルク　cc)  最終排尿　　：　　頃  最終排便　　月　　日 |
| 与薬 | □依頼する　（処方薬に限ります。C.与薬依頼書を提出してください。）  □依頼しない（病児保育での与薬依頼に関わらず処方薬がある場合は内容をお知らせください） | |

これまでの状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| アレルギー | □有【食物アレルギー（原因食材：　　　　）その他（　　　　　　）】　　□無 | | |
| けいれん | □有（これまで　　回 最終　 年　月）　□無 | その他留意点 |  |

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊病児・病後児保育室使用欄＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

□B.診療情報連絡票　□C.与薬依頼書（有・無）　□D.同意書（初回のみ）□記載内容変更（有・無）

利用日20　　年　　月　　日（　　）　入室時間　　　時　　　分　　退室時間　　　時　　　分

□利用時間　　　　　時間　　保護者確認　　　　　　　　　　　　　　（退室時に利用時間確認）

20　　年　　月　　日

A. 病児・病後児保育室利用申込書（**継続利用者用**）

（□2日目・□3日目・□4日目・□5日目・□6日目・□７日目）

大阪大学理事（保育施設運営委員会委員長）　殿

申請者（保護者）　所属部局

　　職　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名

※注. 申請者（保護者）は、「病児・病後児保育室利用登録申請書」

と同じ申請者（保護者）名でお願いします。

病児・病後児保育室の利用について、関係書類を添えて申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児　童 | フリガナ |  | 緊急連絡先  □変更なし  □変更あり（連絡先　　　　　　　） |
| 氏名 | （男・女） |
| お迎え予定時間 | 時　　　　分頃　　 ＊予定時間を30分以上前後する場合は電話でお知らせ下さい | | |
| お迎えに来る人 | □父　　　□母　　　□その他（　　　　　　　）　　　＊身分証の提示をお願いします | | |

児童の状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 疾患名 |  | |
| 熱 | 昨夜　　　　　　℃ | |
| 症状 | □ 咳　　　　月　　日～  □ 鼻汁　　　月　　日～  □ 嘔吐　　　月　　日～  昨日　 　回　今朝　　回 　最終　：　頃  □ 下痢　　　月　　日～　(軟・泥状・水様)  昨日 　　回　今朝　　回　 最終　：　頃  □ 発疹　　　月　　日～（部位：　　　　）  □ その他（　　　　　　　　　　　　　　） | ＜本日の様子＞　体温　　　　　　℃  昨夜の睡眠　　　：　　～　　：  食欲　□有　　　□無  　朝食　　：　　頃  　　内容（　　　　　　　　　　　）  授乳　　　：　　頃 (母乳・ミルク　cc)  最終排尿　　：　　頃  最終排便　　月　　日 |
| 与薬 | □依頼する　　（処方薬に限ります。C.与薬依頼書を提出してください。）  □依頼しない　（病児保育での与薬依頼に関わらず処方薬がある場合は内容をお知らせください） | |

これまでの状況

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| アレルギー | □有【食物アレルギー（原因食材：　　　　）その他（　　　　　　）】　　□無 | | |
| けいれん | □有（これまで　　回 最終　 年　月）　□無 | その他留意点 |  |

＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊病児・病後児保育室使用欄＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊＊

☒B.診療情報連絡票　□C.与薬依頼書（有・無）　☒D.同意書（初回のみ）　□記載内容変更（有・無）　　利用日20　　年　　月　　日（　　）　入室時間　　　時　　　分　　退室時間　　　時　　　分

□利用時間　　　　　時間　　保護者確認　　　　　　　　　　　　　　（退室時に利用時間確認）