

様式第 1 号（第 12 条関係）

病児・病後児保育事業利用登録・申請書

令和 年 月 日

（あて先）小矢部市長 殿

保護者 住 所  
氏 名  
電話番号

小矢部市病児・病後児保育事業実施要綱の規定により、次のとおり病児・病後児保育事業の利用を登録・申請します。

ふりがな		男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日
利用児氏名			年 齢	歳 ヶ月

【申請欄】

利用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日まで		
保護者が家庭内で保育できない理由 ・勤務の都合 ・その他（ ）			
今朝の体温	℃（平熱 ℃）	昨日の最高体温	℃
今回の病気について（該当するところに○をつけ、必要事項を記入してください。）			
1. 発熱はありますか ない・ある→いつから（ ） 解熱剤は使用していますか いいえ・はい（ ℃で使用・その他（ ））			
2. 食欲はありますか ある・ない（ ）			
3. せきは出ますか 出ない・出る→（せきの音： ）			
4. 鼻水はでますか 出ない・出る→（水鼻 ・ 青鼻 ）			
5. 痛みはありますか ない・ある→（頭・のど・おなか・耳（右・左）その他（ ））			
6. 吐き気はありますか ない・ある→いつから（ 日 時頃から 回/日） 最後の嘔吐は（ 日 時頃）			
7. 下痢はしていますか ない・いる→いつから（ 日 時頃から 回/日） 今日 回			
8. 水分はとれていますか とれる・あまりとれていない			
9. おしっこの回数は いつもと同じ・やや少ない・少ない			
10. 発疹は出ていますか ない・ある→（顔・足・おなか・背中・口・その他（ ）） いつから（ 月 日頃から）			
11. 発病から今朝にかけての症状について簡潔に記入してください。			
昼 食	要 ・ 不要 ・ お弁当持参 ※昼食は当日朝 9：20 までの受付です		
食事制限の指示をかかりつけ医から受けている場合はお書きください。			
その他（体質や癖で心配なこと、配慮して欲しいことを具体的にお書きください。） 例）お昼寝のときはオムツに履き替え。家のタオルが手元にあると安心する。など			
好きな遊び・おもちゃ・動物・キャラクターなどお書きください。			

(裏面)

【登録欄】※年度初回の時に記載のこと

かかりつけ病院等		保育所(園) 小 学 校		
緊急連絡先	1	電 話 番 号		
	2	電 話 番 号		
既 往 歴	今までに行った予防接種 ・三種混合1期(1・2・3)・追加 未・済 } または ・ポリオ 未・済 } ・四種混合1期(1・2・3)・追加 未・済 ・BCG 未・済 } ・水痘(みずぼうそう) 未・済 ・麻しん風しん1期・2期 未・済 } ・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 未・済 ・日本脳炎 未・済 } ・その他予防接種( )			
	今までかかったことのある病気 ・水痘(みずぼうそう) 年 月 ・百日咳 年 月 ・風しん(三日はしか) 年 月 ・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 年 月 ・その他( ) 年 月 ( ) 年 月 ( ) 年 月			
	突発性発疹 未 ・ 済			
	熱性けいれんを起こしたことはありますか? 有 ・ 無			
	※有の場合	( ) 回 (初回)	年 月 / (最終)	年 月
	けいれんを起こしたことはありますか? 有 ・ 無			
	※有の場合	その時の状況を記載		
	アレルギーを起こしたことはありますか? 有 ・ 無			
	※有の場合	食物…食品名 ( )		
		くすり…薬品名 ( )		
環境…(ダニ・ハウスダスト・動物・その他 ( ))				
常用薬 (必要に応じ持参 ください)	内服 ・ 吸入 ・ 坐薬(熱性けいれん止めなど) 外用(アトピー性皮膚炎などの塗薬) ・ その他 ( )			