（書類④）サンシャイン保育園病児病後児保育室利用申込書

年　　月　　日

サンシャイン保育園病児病後児室　宛

下記の児童について【サンシャイン保育園病児病後児保育室】を利用したく関係書類を添えて申込み致します。

ふりがな 児童名		男 女	生年月日 年　月　日（　歳　ヶ月）
保護者 氏名		緊急連絡先	（　　）　ー （　　）　ー
利用時間	：　～　：	お迎えに来る方（　　）	
翌日以降の利用希望(希望に添えない場合もございます)			
月　日（　：　～　：　）申込み希望			
月　日（　：　～　：　）申込み希望			
利用事由	1　就労の為　2　保護者の都合　3　その他（　　）		
かかりつけ			
昨日・今朝の様子			
体温	夜　（　.　）℃	咳	無・多・少
	朝　（　.　）℃	鼻水	無・多・少
解熱剤	薬の名前(　　)　最終投与時間(　月　日　時)		
投薬方法	((具体的にご記入下さい)　)		
嘔吐	昨日　無・有（　回）	下痢	昨日　無・有（　回）
	本日　無・有（　回）		本日　無・有（　回）
機嫌	良・普通・悪	睡眠	：　～　：
気になる症状	(例)鼻づまり		
食事	夕食	朝食	
アレルギー	(牛乳 ・ 卵 ・ そば ・ 大豆 ・ 小麦 ・その他(　　))		
日頃の様子	水分	コップで飲める・哺乳瓶使用・ストロー使用・マグ使用	
	食事	一人で食べられる・半分介助・全面介助	
	ミルク	通常量（　ml）・現在の量（　ml）・時間（　　）	
	排泄	トイレで出来る・トレーニング中・オムツ	
	睡眠	一人で眠れる・トントンされて眠る・抱っこで眠る	
	※お子様の事で注意することがあれば、ご記入ください		

※おもちゃやゲーム機などを持ち込む場合病児保育利用中についての責任を貴施設に求めません　　印

※インスタグラムにお子様の顔を隠し、掲載してもよろしいですか　(Yes ／ No)

受付職員名【　　】