

東白川村病児・病後児保育事業利用申請書

平成 年 月 日

東白川村長 様

利用者氏名 (保護者氏名) 印

住 所 東白川村

電話番号

携帯電話

利用する際に、記入してご持参ください。

利用者(保護者)氏名		登録番号	
お子さんの氏名		男・女	年齢 歳 箇月
主な症状に○印をおつけください。 発熱・下痢・おう吐・せき・ぜん鳴・発しん・湿しん・その他(具体的にお書きください) 病児・病後児保育の利用は(回目)			
いつからこの症状が始まりましたか。経過をお書きください			
(前日の様子)		(今朝の様子)	
体温 時 分 度		体温 時 分 度	
食べたもの		食べたもの	
排便：なし・普通・軟・泥状・水様 回数()		排便：なし・普通・軟・泥状・水様 回数()	
排尿：多い・普通・少ない 回数()		排尿：多い・普通・少ない 回数()	
解熱剤：使用した・使用していない		解熱剤：使用した・使用していない	
その他：		その他：	
この病気について、お医者さんにかかっている場合は、次のことについてわかっている範囲でお答えください。 ●お薬をもらっている場合 いつから内服していますか(日前から内服) 薬の内容は 抗生物質・かぜ薬・解熱剤・下痢止め・吐き気止め その他(具体的に) ●病名がわかっている場合は、病名をご記入ください。			
受診日	年 月 日	病院名	電話
備考	登録申請時からの変更点など		