

様式第2号

サンチャイルド長久さわらび園 病後児保育事業利用申込書・同意書

令和 年 月 日

サンチャイルド長久さわらび園 園長 様

申込者(保護者) 氏名

住所

緊急連絡先

フリガナ			(男 ・ 女)			
利用児童氏名			年	月	日生	歳
通園施設	電話 : —					
利用理由 (保護者の状況)	・就労 ・疾病 ・事故 ・出産 ・冠婚葬祭 ・その他()					
利用期間 時間	令和 年 月 日() ~ 令和 年 月 日() 日間 午前 時 分 ~ 午前・午後 時 分					
体調	検温	夜 °C 朝 °C	睡眠	時 分 ~ 時 分	機嫌	良 ・ 普通 ・ 不良
諸症状	鼻水	あり ・ なし	喘鳴	あり ・ なし	便 普 軟 下痢	発疹 あり・なし
食事	食欲	あり ・ なし	離乳食	初期・中期・後期 ミルク cc 時間毎	アレルギー(内容)	
薬	処方日	月 日	内容	食前 ・ 食後 ・ 他()		
その他	* 気を付けてほしいことなど					

依頼書

投薬がある場合、私に代わって与薬をすることを依頼します。

同意書

貴施設に預けている(児童氏名) _____ の病状に変化があった時の措置として、私及び代理人が迎えに来ることができない場合には、かかりつけ医への往診依頼を貴施設からされること、また、往診が不可能な場合には貴施設の嘱託医等で受診することに同意します。

令和 年 月 日

保護者氏名

印

本書と医師連絡票と一緒に、サンチャイルド長久さわらび園まで申請してください。