

北区病児・病後児保育利用申込書

北区教育委員会 殿

年 月 日

申請者（保護者）^{ふりがな}氏名 _____

緊急時連絡者 _____

緊急時電話番号 _____

以下の記載内容のとおり、北区病児・病後児保育の利用を申し込みます。

児童 ^{ふりがな} 氏名	男・女	生年月日	年 月 日生
愛称	通所施設		
利用申込施設	東京北医療センター病児病後児保育室 ・ キッズタウン東十条保育園病後児保育室		
希望保育期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
希望保育時間	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分		
前回利用実績	無 ・ 有 （利用時期： _____、利用施設 _____）		

該当箇所には○及び記入してください。

受診病院名 及び 主治医名	登録時かかりつけ医と同じ ・ 違う 病院名 (_____) 主治医名 (_____)		
発症月日	年 月 日	午前・午後	時頃
初診月日	年 月 日		
発症時から 昨日までの症状	熱	無 ・ 有 (_____)	
	嘔吐	無 ・ 有 (_____)	
	便	無 ・ 有 (無： _____ 日間、 有：〔普通・軟便・泥状・水様〕 _____ 回)	
	その他の症状	鼻水・咳・くしゃみ・喘鳴（呼吸がゼーゼー・ヒューヒューしている）・ たん・頭痛・腹痛	
	その他の痛み	(_____)	
	発疹	(部位： _____)	
	かゆみ	(部位： _____)	
その他の症状	(_____)		
現在の状況	排便・排尿	食事	睡眠
	【最終排便】 月 日 時	食欲： 有 ・ 普通 ・ 無	良眠 ・ 普通 ・ 不眠
	【最終排尿】 月 日 時	最終食事時間： _____ 最終授乳時間： _____	昨日就寝時間： _____ 本日起床時間： _____

※スタッフ記載欄

バイタルサイン		身長 / 体重	サイン
体温： _____ °C	脈拍： _____ 回/分	呼吸： _____ 回/分	身長 _____ cm
血圧： _____ / _____ mmHg	SpO2： _____ %	体重 _____ kg	

生活習慣	排便	知らせる・知らせる時もある・知らせない (排便時サイン：)
	排尿	知らせる・知らせる時もある・知らせない (排尿時サイン：)
	衣服着脱	できる・手伝えばできる・できない
	寝かせ方	一人寝・添い寝
	人見知り	する・しない
	好きな遊び	()
	好きなおもちゃ	()
	性格	()
	その他配慮事項	()
食事	食事量	よく食べる・普通・食が細い
	食事方法	一人で食べる・一人で食べようとする・食べさせる
	食事道具	はし・スプーンとフォーク・手
		授乳・粉ミルク 無・有 (ml 回/日)
	離乳食内容	初期・中期・後期・完了期
	その他	()
熱性けいれん (ひきつけ)	有無	無・有 (初回： 、最後： 、これまでに 回)
	薬	無・有 () 座薬の使用 無・有 ()
アレルギー	食物	無・有 ()
	食事制限の程度	()
	薬	無・有 ()
	環境	無・有 ()
	その他	()