

北区病児・病後児保育利用申込書

登録番号No. _____

北区教育委員会 殿

申込日： _____ 年 _____ 月 _____ 日

申込者： _____ 氏 名

(保護者) 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。

フリガナ			
児童氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	通所施設 (_____ 歳児クラス)
生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日生	愛 称	
利用申込施設	<input type="checkbox"/> 東京北医療センター病児病後児保育室 <input type="checkbox"/> キッズタウン東十条保育園病後児保育室		
	<input type="checkbox"/> にじいろ保育園志茂病児病後児保育室		
希望保育期間	令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ 令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
希望保育時間	<input type="checkbox"/> 午前 _____ 時 _____ 分 ~ <input type="checkbox"/> 午前 _____ 時 _____ 分 <input type="checkbox"/> 午後 _____ 時 _____ 分 ~ <input type="checkbox"/> 午後 _____ 時 _____ 分		
前回利用実績	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (利用時期: _____、利用施設: _____)		

該当箇所に”✓”及び記入してください。

受診病院名 及び 主治医名	<input type="checkbox"/> 登録時のかかりつけの医療機関と同じ <input type="checkbox"/> 登録時のかかりつけの医療機関と違う 病院名 (_____) 主治医名 (_____)		
発症月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	<input type="checkbox"/> 午前 _____ 時頃 <input type="checkbox"/> 午後 _____ 時頃	
初診月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日		
発症時から 昨日までの症状	熱	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)	
	嘔吐	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)	
	便	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (無: _____ 日間、有: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 水様、 _____ 回)	
	その他の症状	<input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> くしゃみ <input type="checkbox"/> 喘鳴 (<input type="checkbox"/> 呼吸がゼーゼー <input type="checkbox"/> 呼吸がヒューヒュー) <input type="checkbox"/> たん <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 腹痛	
	その他の痛み	(_____)	
	発疹	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: _____)	
	かゆみ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (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: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 不眠
	【最終排尿】 _____ 月 _____ 日 _____ 時	最終食事時間: _____ 時 _____ 分	昨日就寝時間: _____ 時 _____ 分
		最終授乳時間: _____ 時 _____ 分	本日起床時間: _____ 時 _____ 分

※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	

第6号様式（第15条関係）

生活習慣	排便	<input type="checkbox"/> 知らせる <input type="checkbox"/> 知らせるときもある <input type="checkbox"/> 知らせない (排便時サイン: _____)
	排尿	<input type="checkbox"/> 知らせる <input type="checkbox"/> 知らせるときもある <input type="checkbox"/> 知らせない (排尿時サイン: _____)
	衣服着脱	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 手伝えばできる <input type="checkbox"/> できない
	寝かせ方	<input type="checkbox"/> 一人寝 <input type="checkbox"/> 添い寝
	人見知り	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> よく食べる <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 食が細かい
	食事方法	<input type="checkbox"/> 一人で食べる <input type="checkbox"/> 一人で食べようとする <input type="checkbox"/> 食べさせる
	食事道具	<input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーンとフォーク <input type="checkbox"/> 手
	離乳食内容等	<input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 完了期 <input type="checkbox"/> 授乳 <input type="checkbox"/> 粉ミルク (_____ ml 、 _____ 回/日)
	その他	(_____)
熱性けいれん	有無	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (初回: _____ 、最後: _____ 、これまでに _____ 回) 座薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (指示内容: _____)
アレルギー	食べ物	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
	食事制限の程度	(_____)
	薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
	環境	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)
	その他	(_____)