

医療法人 大坪医院

理事長 大坪哲也 殿 (病児保育ルームコスモス)

病児保育事業利用申込書

次のとおり病児保育事業を利用したいので、申し込みます。なお、利用期間中は、実施施設の指示に従います。

児との続柄	当日・朝の連絡先 TEL NO.
( )	

保護者住所

保護者氏名

印

(ふりがな) 児童氏名		家庭での 呼び方	
平成 年 月 日生( 歳 か月)		男 女	登録NO. ※保育ルームにて記入
希望する保育日	月 日( )、月 日( )、月 日( )、月 日( )		

様式第3号 (7条関係)

■病児保育ルームコスモス連絡票 (※以下は主治医の先生に記入を依頼してください)

①医療機関名		主治医の先生のお名前 <span style="float:right">印</span>	
②本児童を病児保育に預けることが ( できる ・ できない ) 万一、急変時には、大坪医院で診察しても良い。			
③利用見込期間	本日より	日間程度	
④病名 [ ] 病状 ( 熱 ・ 咳 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 食欲不振 ・ 元気なし ) 伝染性疾患 ( 麻疹 ・ 風疹 ・ 水痘 ・ ムンプス ・ 手足口病 伝染性紅斑 ・ 膿痂疹 ・ その他 ※具体的に )			
⑤現在飲んでいる薬 [ ] 飲んでいるお薬を、病児保育ルーム コスモスの保育士又は看護師が ( 与えてよい ・ 与えてはいけない )			
⑥隔離の要否	( 要 ・ 不要 )	⑦次回診察予定日	月 日 ( )