

病児病後児保育ハーティ利用申込書

年 月 日

株式会社びわこナーシング  
オリーブ守山保育園 様

保護者 住 所  
氏 名  
電 話

登録No.

次のとおり病児病後児保育ハーティの利用を申し込みします。なお、利用期間中は実施施設の指示に従い、また体調の変化により病児病後児保育を中止し、必要に応じて医療機関において医療を施すことについて了承します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
児 童 名	(男・女)		( 歳 か月)
就学前施設・小学校名			
緊急連絡先	氏名 (続柄 )	連絡先	
	氏名 (続柄 )	連絡先	
希望期間・時間	年 月 日( ) 時 分～ 年 月 日( ) 時 分		
病気の経過等	1. 発熱( °C) 2. 下痢 3. 嘔吐 4. せき 5. 鼻 6. 発疹 7. 湿疹 8. その他( ) ・薬の服用 なし ・ あり( 薬名: )		

病児病後児保育医師連絡書	
病 名	
病児病後児区分	1 病児保育利用 2 病後児保育利用
安静度 (該当するものに○)	1 隔離( 要・不要 ) 2 安静度 1) 臥床安静( ベッドの生活が主 ) 2) 室内安静( ベッドの生活、他児との静かな遊びは良い ) 3) 室内保育( 他児と室内で普通に遊んで良い ) 3 その他( )
指示事項	
年 月 日	
医療機関 所在地 電 話 医師名	
(印)	

※ 医療機関での診断および病児病後児保育利用時には、母子手帳をご持参ください。

※ 本事業の実施にあたり守山市と連携協力の協定を締結しています。