

みつばこども園病後児保育申込及び問診票

名前		男 女	生年月日	平成 年 月 日
保護者名	⑩ 続柄			
利用希望の理由	1・保護者の仕事のため 2・傷病 3・事故 4・出産 5・冠婚葬祭 6・学校等への公的行事 7・災害 8・その他 ※〇印をつけて下さい。			
症状	・発熱 ・咳 ・喘息 ・腹痛 ・頭痛 ・吐き気 ・嘔吐 ・下痢 ・咽頭痛 ・鼻水 ・食欲低下 ・目やに ・その他 ※あてはまるすべてに〇印をつけて下さい。			
朝の体温	℃			
1ヶ月以内に家族や遊び仲間・こども園・保育園・小学校で感染する病気と接する機会がありましたか？ はい 月 日頃 病名 いいえ				
病後児保育利用時での留意点				
連絡事項				
緊急連絡先 確実につながるところ	第一・氏名			
	TEL	続柄		
	第二・氏名			
	TEL	続柄		
お迎え予定時間	時 分 ころ		お迎え予定者	続柄

※医師より説明を受けた上でみつばこども園病後児保育に申し込みします