

大竹市病児・病後児保育室利用申込書

令和 年 月 日

独立行政法人国立病院機構広島西医療センター院長 殿

申込者 住所 _____
(保護者) 氏名 _____

病児・病後児保育室の利用を希望するので、次のとおり申し込みます。

ふりがな 児童氏名		男 ・ 女	生年 月日	(平成・令和) 年 月 日 (歳 か月)
利用理由	仕事・出産・傷病・事故・冠婚葬祭・その他() 注)お買い物やお出かけなど、自己都合を理由とする場合は、利用できません。			
児童の症状	発病時期 日頃より			
頓服・坐薬	最終使用: 月 日 時 分に °Cで <input type="checkbox"/> 頓服(包) <input type="checkbox"/> 坐薬(本)を使用			
与薬依頼 ※薬の説明書を持って来て ください。	薬の種類: <input type="checkbox"/> 粉薬(包) <input type="checkbox"/> シロップ(ml) <input type="checkbox"/> 塗り薬 <input type="checkbox"/> 点眼薬 <input type="checkbox"/> その他() 与薬時間: <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> その他()			
	頓服・坐薬	<input type="checkbox"/> 頓服(包) <input type="checkbox"/> 坐薬(本) ※看護師の指示のもと使用します。(連絡が必要な方は申し出てください。)		
本日の連絡先	続柄() 電話			
お迎えについて	時頃 / 父・母・祖父・祖母・その他() ※ お迎えに来られる方が変更になった場合や、お迎えが遅くなる場合は連絡してください。			

※ 2日目以降は、太枠内のみ(変更があった場合は、変更箇所も)記入してください。

(注意事項)

- 1 利用するには、事前に病児・病後児保育事業利用登録申請を行っておく必要があります。
- 2 この申込書に医師連絡票(診療情報提供書)を必ず添付してください。
- 3 保育中に診療・入院等が必要となった場合には、医療保険によって必要な処置を行いますので、診療費の自己負担が発生します。
- 4 連絡事項があれば、下記まで連絡をお願いします。

※ キャンセルは必ず当日の午前8時までに連絡してください。

- ・時間内(平日8:00~18:00) 0827-57-7183(内線2700)
- ・時間外(平日18:00~8:00、土、日、祝) 0827-57-7183(内線2141)
(時間外は留守電となっており、キャンセルの場合のみの連絡となります。)

※ 保育時間は8:15~18:00です。