

北播磨総合医療センター 病児・病後児保育 利用申込書

年 月 日

病 院 長 様

(申請者) 保護者氏名 _____
 所 属 _____
 勤務中の連絡先 (内線番号) _____
 連絡先(電話番号) _____

病児・病後児保育の利用について、以下のとおり申請します。

なお、利用するにあたり、以下の確認事項について同意します。

ふりがな 利用者氏名	男 ・ 女
生 年 月 日	年 月 日 (歳 ヶ月)
利 用 日	年 月 日 (曜日)
今 回 の 病 名	
症 状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> その他 ()
食 事	利用日当日は、院内保育所の食事申込をしていましたか。 <input type="checkbox"/> 申込済 <input type="checkbox"/> 申込なし <input type="checkbox"/> 申込ないが新規で申込(8:30までに持参)
	申込種類 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 10時おやつ <input type="checkbox"/> 15時おやつ ※離乳食の場合は、おやつはありません
	<input type="checkbox"/> 年齢相当食の普通食 (院内保育所に登録している食事) <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> その他 () ※食物アレルギー情報については既に院内保育所に登録している内容です。 (食物アレルギー情報・登録している食事はすぐに変更できません)
薬 の 持 参	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 薬剤名 () <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 ()
そ の 他	

※ 利用初日または状況に変更があった場合は、医師連絡票を添付してください。

※ 利用申込書は、利用当日の受付時に1日ごとに提出してください。

【確認事項】

- ・症状の変化に伴い保育の継続が困難と判断された場合は、連絡により利用途中であっても迎えに来ること。また、緊急に医師の診察を受ける必要がある場合は、保護者の承諾なしに受診し、その治療に要した費用は保護者が負担すること。
- ・保育の実施にあたっては細心の注意を払い適正な病児・病後児保育及び感染予防の徹底に努めるが、保育所及び当医療センターの重大な過失による場合を除き、保育中の事故や症状の悪化・重篤化及び施設内での利用者等の相互感染の発生について、保育所及び当医療センターは責任を負わない。