

### ③利用申込み書

児童氏名				男 ・ 女
生年月日	平成・令和	年	月	日
記入者名	(続柄： )			利用時間 : ~ :
食物アレルギー	無	有		
有の場合	卵 ( ) 牛乳・乳製品 ( ) 小麦 ( ) 大豆 ( ) その他 ( )			
エビペン	無	有		
熱性けいれんの既往	無	有	計 回 (最終： 歳 ヲ月ごろ)	
けいれん止めの指示	無	有	( °C以上で薬剤名 )	
今日使って欲しい薬 (与薬依頼)	内服	シロップ		
		粉薬		
		錠剤		
	外用 (塗り薬、点耳薬、点鼻薬、点眼薬)			
	座薬			

コヤマススポーツ保育園病児病後児保育の利用規約、案内を確認し理解したうえで同意、承諾し利用します。

同意、承諾される方はにレ点を記入し下記へ署名捺印（サインでも可）をお願いいたします。

令和 年 月 日 氏名 印

---

☆日中の様子を写した写真（お昼頃に1回）をSMS（ショートメッセージ）での送信を希望されますか？

\*お使いのキャリアによっては受診料が発生する場合がございます。（希望する・希望しない）

お預かり物（預かり時・お迎え時にそろっているか職員がチェック）

保険証 医療証 母子手帳 必要書類

水筒（お茶 お水 ジュース） 昼食 ミルク必要時（必要回数分の粉ミルク、哺乳瓶、乳首） おやつ（朝、昼用）

食食用エプロン コップ 薬(水薬 粉薬 錠剤 点眼 点耳 点鼻 塗り薬 座薬)

内服時に使用するスポイトや服薬ゼリー 着替え上下、肌着2セット ウェットティッシュ1袋 おむつ5枚以上

ビニール袋（汚れ物入れ）2枚以上お昼寝用タオルケット2枚

