

# 埼玉県立小児医療センター 一時保育室予約票

令和 年 月 日

埼玉県立小児医療センター病院長 様

次のとおり埼玉県立小児医療センター【一時保育室】の利用を申し込みます。

(ふりがな)

◎ 児童氏名 \_\_\_\_\_ (男 女)

◎ 生年月日 平成・令和 年 月 日 ( 歳 ヶ月)

◎ 保護者名 \_\_\_\_\_ ◎ 携帯電話番号 \_\_\_\_\_

◎ 来院先 \_\_\_\_\_ 病棟 ・ 外来 \_\_\_\_\_ 科

◎ 保育日 令和 年 月 日 曜日

◎ 保育時間 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ :

◎ アレルギー なし ・ あり ( \_\_\_\_\_ )

..... キリトリ .....

## 健康管理票

※ 保育日当日にご提出ください。

◎ 児童氏名 \_\_\_\_\_

◎ 保育日 令和 年 月 日 曜日

◎ 今日健康状態を記入してください。

- ・ 今日体温は何度ですか? ( 度)
- ・ 下痢はしていますか? はい ・ いいえ
- ・ 咳はでていますか? はい ・ いいえ
- ・ 鼻水はでていますか? はい ・ いいえ
- ・ その他気になる事、注意してほしい事がありましたら記入してください。

( \_\_\_\_\_ )

..... キリトリ .....

## 家族控え(お迎えのとき保育士に渡してください。)

◎ 児童氏名 \_\_\_\_\_

◎ 保護者名 \_\_\_\_\_

◎ 保育日 令和 年 月 日 曜日

◎ 保育時間 \_\_\_\_\_ : \_\_\_\_\_ ~ \_\_\_\_\_ :