

病児・病後児保育事業 利用申請書

実施施設長 様

申請者 住所

 (保護者) 氏名 印

次のとおり、病児・病後児保育事業を利用したいので申請します。

利用希望等	フリガナ		愛称	性別	生年月日	
	児童氏名			男・女	年 月 日 (歳 か月)	
	利用希望期間		年 月 日から 年 月 日まで ()日間			
	利用希望の理由		<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 災害復旧 <input type="checkbox"/> その他やむを得ない理由()			
	お迎え予定者		(続柄:)	お迎え予定時間	時 分	
緊急連絡先	①	氏名	(続柄:)	電話番号		
	②	氏名	(続柄:)	電話番号		

病気の症状等	病名 (わかっている場合)	
	主な症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 鼻水・咳 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 発疹 その他気になること()
	今までの経過 (いつから、症状の変化等)	
	病院での受診歴	<input type="checkbox"/> 受診済み(医療機関名:) <input type="checkbox"/> 未受診
	病院での投薬歴	<input type="checkbox"/> 投薬を受けている <input type="checkbox"/> 投薬を受けていない
	けいれんの既往歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	けいれんの予防薬	<input type="checkbox"/> 使用している(月 日 時頃) <input type="checkbox"/> 使用していない
	解熱剤	<input type="checkbox"/> 使用している(月 日 時頃) <input type="checkbox"/> 使用していない
児童の状況	通園・通学先で流行っている病気	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし
	栄養方法	<input type="checkbox"/> 授乳中(□母乳 □人工 □混合) 1日()回 時間() 1回量()ml
		<input type="checkbox"/> 離乳中(□初期 □中期 □後期) 1日()回
		<input type="checkbox"/> 普通食 ※アレルギー等による食事制限:□必要() □不要
	食事状況	<input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一人で食べるがかなりこぼす <input type="checkbox"/> 一人で食べる
	お薬	<input type="checkbox"/> 嫌がらずに飲める <input type="checkbox"/> 嫌がり飲むのが大変 飲ませ方(□粉のまま □白湯にといて □練って □その他())
	排泄	<input type="checkbox"/> おむつ(排泄教える・教えない) <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 自立
	午前寝・お昼寝	<input type="checkbox"/> する(時頃から 時間程度) <input type="checkbox"/> しない
好きな遊び		
気をつけてほしいこと		