

病児保育事業利用申請書

令和 年 月 日

おはなほいくえん 様

申請者 住所 さくら市
(保護者)

氏名

病児保育事業の利用について、次のとおり申請します。

| | | | | |
|--|-----------------------------|--------------|-------------------|---------|
| ふりがな 児童氏名 | | 生年 月日 | 年 月 日生 (歳 か月) | お子さまの愛称 |
| 利用期間 | 令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 「 」日間 | | | |
| 保育園等名称 | | 主治医名 | TEL | |
| 電話 | () | 緊急連絡先 | () | |
| 続柄 | 氏 名 | 勤務先名称 及び 連絡先 | | |
| 保護者1 | | TEL | | |
| 保護者2 | | TEL | | |
| | | TEL | | |
| | | TEL | | |
| <p>○ お子さまの病気について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 症状 (あてはまるものに○をつけてください) 発熱・発疹・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・吐き気・頭痛・その他 () ・ いつからこの症状がはじまりましたか。 月 日 ・ 投薬をうけていますか。(いない・<u>いる</u>) ・ 常備薬をのんでいますか。(いない・<u>いる</u>) ・ アレルギー (無・<u>有</u>) ・ その他 () <p>○ 食事の状況 (離乳の状況・食事制限・アレルギーのため除去食等)</p> <p>○ 体質やくせなど心配なこと, 配慮してほしいこと (熱性けいれん・薬物アレルギー・経過観察中の病気等)</p> <p>○ 予防接種について (接種済に○をつけてください)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ インフルエンザ菌b型 (Hib) ・小児肺炎球菌 ・B型肝炎 ・水痘 ・麻しん(はしか) 風しん ・ 四種混合 (ポリオ, 破傷風, 百日ぜき・ジフテリア) ・日本脳炎 ・ロタウイルス ・流行性耳下腺炎 ・ その他 () | | | | |
| <p>児童を看護できない理由</p> <p>1 勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 その他 ()</p> | | | | |
| 世帯区分※ | 1生活保護世帯 2市民税非課税世帯 3その他の世帯 | | | |