

登録番号

病児保育事業利用申請書

令和 年 月 日

長与町長 様

申請者 住 所：長与町

(保護者) 氏 名：

電話番号： — —

次のとおり、病児保育事業を利用したいので申請します。

ふりがな		男・女	年 月 日生 (歳 ヶ月)
お子さまの名前			
利用日時	年 月 日 () 時 分 から 時 分 お迎え：父親・母親・祖父・祖母・その他 (TEL)		
利用する理由	1 勤務 2 疾病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 その他 ()		
通院医療機関名	医療機関名： 住 所： TEL		
連絡先	自宅	○申請者と同じ(異なる場合はご記入ください) 住 所： 電話番号：	
	緊急連絡先①	氏 名：	続柄 () 電話番号：
	緊急連絡先②	氏 名：	続柄 () 電話番号：
	緊急連絡先③	氏 名：	続柄 () 電話番号：

同意書

病児保育の利用に際し、次のことに同意いたします。

- (1) 利用期間中は、施設の指示に従うこと。
- (2) 利用期間中の様態の急変等により、必要に応じては医師の診断を受けること。
- (3) (2) により医師の診断を受けた場合は、別途自己負担が発生すること。

令和 年 月 日

保護者氏名

(裏もあります)

名前 (歳 ヲ月)

◎保育園、幼稚園等は、いつから休んでいますか？ 年 月 日～

◎いつからどのような症状がありましたか？

主な症状に○をつけてください(発熱・咳・鼻水・ゼーゼー・下痢・嘔吐・発疹・その他)

◎睡眠状態はどうですか？(不良・普通・良い)

◎食欲はどうですか？ 昨夜(なし・普通・あり)

今朝(なし・普通・あり)

入室中の食事(普通食・離乳食・ミルク)

昼食・おやつ(なし・あり)

※持参ありの方で全く食べられない場合、こちらから食品を提供してもいいですか？(はい・いいえ)

入室中のミルク：持参(なし・あり)、1回()cc ()時間おき

◎食物アレルギーはありますか？ なし・あり(卵 牛乳 大豆 小麦 そば粉 その他)

◎便の様子はどうですか？ 昨日()回(普通・軟便・下痢)

今日()回(普通・軟便・下痢)

便秘 最終排便日(月 日)

◎尿の様子はどうですか？ 最終排尿時間(:)・出ていない

◎医師に受診(していない・している) 病名：

◎くすりの持参(なし・あり) ※ 抗生剤 解熱剤 座薬 その他()

※くすりを飲んだ時間：今朝(:) / 入室中のくすり(なし・あり)

解熱剤の使用 なし・あり(月 日 時頃)その時の体温(度)

◎けいれんをおこしたことがありますか？ なし・あり：いつ？()

◎気になることがあればお書きください。

※新型コロナウイルス感染症既往(有 :いつ? ・ 無)