

病児・病後児保育事業(病後児対応型)利用申請書

令和 年 月 日

高岡保育園園長

申請書 住所

(保護者) 氏名

病児・病後児保育事業(病後児対応型)の利用について、次の通り申請します。

|  |                   |       |      |         |         |     |
|--|-------------------|-------|------|---------|---------|-----|
| ふりがな   |                   | 男     | 生年   | 年 月 日生  | お子さんの愛称 |     |
| 児童氏名   |                   | 女     | 月日   | ( 歳 月)  |         |     |
| 利用期間   | 年 月 日 から 年 月 日 まで |       |      |         |         |     |
| 保育所名   |                   | 主治医名  |      | TEL     |         |     |
| 自宅電話   |                   | 緊急連絡先 |      | ( )     |         |     |
| * 高岡保育園在園児のみ 保育者及び家族欄 省略可  |                   |       |      |         |         |     |
| 保<br>育<br>者<br>及<br>び<br>家<br>族  | 続柄                | 氏名    | 生年月日 | 勤務先(職業) | 所在地     | TEL |
|  | 父                 |       | . .  |         |         |     |
|  | 母                 |       | . .  |         |         |     |
|  |                   |       | . .  |         |         |     |
|  |                   |       | . .  |         |         |     |
|  |                   |       | . .  |         |         |     |
| <p>お子さんの病気について</p> <p><input type="checkbox"/> 症状(あてはまるものに○をつけてください。)<br/>発熱・発疹・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・吐き気・頭痛<br/>その他( )</p> <p><input type="checkbox"/> いつからこの症状がはじまりましたか。 月 日から</p> <p><input type="checkbox"/> 投薬を受けていますか。(いる・いない) くすりの名前( )</p> <p><input type="checkbox"/> 常備薬を飲んでいますか。(いる・いない) くすりの名前( )</p> <p><input type="checkbox"/> その他<br/>食事の状況(離乳の状況・食事制限・アレルギーのための除去食事等)</p> <p>体質やくせなど心配なこと、配慮してほしいこと(薬物アレルギー・既往歴等)</p> |                   |       |      |         |         |     |
| <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>   |                   |       |      |         |         |     |