年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　様

住　　所

申請者（保護者）　氏　　名

電話番号

病児保育事業利用申請書

　病児保育事業を利用したいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ID No. | | | | | 登録番号 | |  | | |
| ふりがな | |  | | 男  ・  女 | 生年月日 | | 年　　月　　日  （　　　歳　　か月） | | |
| 児童氏名 | |  | |
| 看護できない理由 | | １.勤務　２.病気　３.出産　４.その他（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 利用期間 | | 年　　月　　日（　　）から　　　年　　月　　日（　　）まで | | | | | | | |
| 利用時間 | | 時　　　分　から　　　　　　時　　　分　まで | | | | | | | |
| 一番心配な症状は ⇒ | | | | | | | | | |
| <現在ある症状に〇をつけてください> | | | | | | | | | |
| 発　熱 | 月　　　日（　　）から  最高　　　　℃ | | | | 体 重 | Kg | | 体 温 | ℃ |
| せ　き | 月　　　日（　　）から  □痰がからむゴホゴホというせき  □かわいたコンコンというせき  □夜中に咳き込んで目を覚ましてしまう  □ゼーゼー、ゼロゼロしてしまう | | | | | | | | |
| 鼻みず | 月　　　日（　　）から  □透明でサラサラしている  □にごってドロドロしている | | | | | | | | |
| 嘔　吐 | 月　　　日（　　）から  今日は　　□続いている　　□止まっている | | | | | | | | |
| 下　痢 | 月　　　日（　　）から  □便に血が混じっている | | | | | | | | |
| 他の病院で処方されたお薬を、現在も内服、又は外用されている方  　　□ない　　□ある　（薬名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  お薬の形態でご希望があればお書きください。  （注：お薬の内容によっては、ご希望にそえないこともあります）  　形態：　シロップ　・　粉末　・　錠剤　・　カプセル | | | | | | | | | |
| その他心配なことがありますか | | | | | | | | | |
| 食事の状況 | | | （１）朝食：食べなかった・食べた  （午前　　　時頃　内容（　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| （２）授乳：　飲んだ　　　ml（　　　時） ・ 飲んでいない  （普段は１回　　　　ml（　　　　時間ごと）） | | | | | | |
| お迎えの人 | | | 氏名　　　　　　　　　　　　　（児童との続柄　　　　　　　　） | | | | | | |
| 携帯電話番号 | | | | | | |
| お迎えの時間 | | | 時　　　　　分頃 | | | | | | |
| 注意事項  １.児童の体調が急変した場合は、お迎えをお願いしますので、必ず連絡がとれるようにしてください。  ２.申請の際に、保険証等及び医療費受給者証を受託者に提示してください。 | | | | | | | | | |