

【記入例】

知多市病児・病後児保育事業利用申請書

令和〇年 〇月 〇日

知多市長 様

保護者 住 所知多市〇〇字□□11-1(3-102)

氏 名 知 多 一 郎 印

次のとおり、保護者の都合(①)仕事 2 傷病 3 事故 4 出産 5 介護・看護 6 冠婚葬祭 7 その他()のため、知多市病児・病後児保育事業の利用を申し込みます。

事業実施者が必要と認めるときは、申込み時及び保育事業中に診療を受けることを承諾します。

なお、利用にあたっては、実施施設の指示に従い、事業実施者において児童の状態が変化して保育事業が困難と認めるとき、又は利用を不相当と認めるときは、利用を直ちに中止し、速やかに迎えに行くことに同意します。

| | | | | |
|--------------------------------|---|-------|-----------------------|-----|
| ふりがな 児 童 氏 名 | ち た たろう 知 多 太 郎 | | 性別 | 男・女 |
| 児 童 生 年 月 日 | 平成 28 年 11 月 30 日 生 (満 3 歳) | | | |
| 児 童 住 所 | 知多市〇〇字□□11-1(3-102) | | | |
| ふりがな 保 護 者 氏 名 (いない場合は-) | 父 知 多 一 郎 | 緊急連絡先 | 000(△△△△)☆☆☆☆(携帯) | |
| | 母 知 多 梅 子 | 緊急連絡先 | 000(▽▽▽▽)◆◆◆◆(携帯) | |
| 迎 え の 方 と そ の 予 定 時 刻 | 氏名 知 多 花 子 続柄 祖 母 (※迎えの方が変わる場合、 予定時刻 18 時 30 分 頃 必ずご連絡ください。) | | | |
| 今 回 の 病 気 の 状 況 に つ い て | 病名： か ぜ | | 今朝の体温 37 . 5 度 | |
| | 症状： せ き、 熱 | | 平熱 36 . 3 度 | |
| | 薬の状況： 処方薬 市販薬 | | | |
| 施設の昼食・おやつ の提供の有・無 | 昼 食 <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 (※ 有の場合は、おやつを含み500円。 おやつ <input checked="" type="radio"/> 有 <input type="radio"/> 無 弁当等持参可。アレルギー食なし。) | | | |
| 明日・明後日 以降の利用予定 | <input checked="" type="radio"/> ①病状次第で利用したい ②病状にかかわらず利用しない ③未定 ※利用を予定している保護者は、予約状況を必ず確認してください。 | | | |
| 食 事 の 状 況 | <input type="radio"/> ①全面介助 <input checked="" type="radio"/> ②一人で食べるがうまくできない ③一人で食べられる | | | |
| 排 泄 の 様 子 | <input type="radio"/> ①全面介助 <input checked="" type="radio"/> ②一人でできるがうまくできない ③一人でできる | | | |
| その他(行動の 様子等注意点を 具体的に記載) | 既往症に、アトピー性皮膚炎(内服薬を朝、昼、夜服用)、 ぜんそくがあります。与薬依頼書のとおり投薬して下さい。 | | | |

添付書類：診療情報提供書

(※処方箋が交付されている場合は、薬局で発行する薬剤情報提供書を添付してください。)