

五所川原市病児保育事業 利用申請書

(病児保育事業実施施設名)

申請者

- 1 次のとおり、五所川原市病児保育事業を利用したいので、医師連絡票を添付して申し込みます。
- 2 病児保育事業の利用期間中は、病児保育事業実施施設の指示に従います。
- 3 児童の状態が変化して病児保育事業での対応が困難になり、病児保育実施施設が利用を不当と認めたときは、病児保育事業の利用の中止に同意します。

登録児童	児童氏名	性別	生年月日
	(ふりがな)		年 月 日生まれ (歳 ヶ月)
	住所(〒 —)		
	利用施設等 ☐ 利用していない ☐ 利用している (施設名:)		
	かかりつけ医		
	医療機関名	() 電話 — —	
	利用期間	申請時 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)	
	今回の病気について	病 名	
		今朝の体温 ℃	
		現在の症状(当てはまるものをチェックしてください。)	
		☐ 発熱 ☐ 発疹 ☐ 咳 ☐ 鼻水 ☐ のどの痛み ☐ 腹痛	
		☐ 下痢 ☐ 吐き気 ☐ 食欲低下 ☐ 頭痛 ☐ めやに ☐ その他	
	栄養方法	通園施設等で流行っている病気 ☐ 無 ☐ 有 ()	
		処方薬 ☐ 無 ☐ 有 市販薬 ☐ 無 ☐ 有	
		☐ 授乳中(☐ 母乳 ☐ 人工 ☐ 混合 cc/回× 回)	
食事状況	☐ 離乳食(☐ ドロドロ ☐ 舌でつぶせる ☐ 歯茎でつぶせる ☐ 歯でかめる)		
	☐ 普通食 アレルギー等による食事制限 ☐ 不必要 ☐ 必要		
行 動	☐ 全面介助 ☐ 一人で食べるがこぼす ☐ 一人で食べる(はし・スプーン)		
排 泄	☐ 寝ている ☐ 首がすわっている ☐ 寝返る ☐ 座る ☐ 這う		
	☐ 立つ ☐ 伝い歩き ☐ 歩行自由 ☐ 睡眠(方法:)		
排 泄	☐ おむつ(排泄を教える 教えない) ☐ 時々おもらし ☐ 自立		
注意事項			
健康保険証	種 類	社保 ・ 国保 ・ 共済 ・ 船員 ・ その他()	
	ふりがな 被保険者氏名		
	記号・番号	記号	番号
	事業所名		
緊急連絡先	第1連絡先	名前() 電話番号() 児童との関係 ()	
	第2連絡先	名前() 電話番号() 児童との関係 ()	