

様式第3（第12条関係）
（表）

年 月 日

病児保育利用申請書

（宛先）施設管理者

貴施設の病児保育事業を利用したいので、下記の事項について申請します。

記

- 1 病児保育事業の利用期間中は、事業実施者の指示に従います。
- 2 利用者の状況は、この申請書のとおり相違ありません。
- 3 事業実施者が必要と認めたときは、申込時及び病児保育事業期間中に診療を受けることを承諾します。
- 4 事業実施者において、児童の状態が変化して病児保育事業での対応が困難と認められたとき、又は事業利用を不相当と認めたときは、病児保育事業の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。

（保護者） 氏 名 _____

住 所 _____

電 話 _____

| | | | |
|-------------------------------------|----------|-------|-----------|
| 利用事由（保護者の状況）について、該当するところに○をつけてください。 | | | |
| 1 勤務の都合 | 2 傷病 | 3 事故 | 4 出産 |
| 5 冠婚葬祭 | 6 その他（ ） | | |
| 利用時間 | 午前・午後 | 時 分 ~ | 午前・午後 時 分 |
| 送迎者 | （送り） | | （迎え） |

（緊急連絡先）

| | | | |
|-------------|---------|----|---------|
| 保 護 者 | 保護者氏名 等 | 続柄 | 緊急連絡 先 |
| | | | 勤務先 |
| | 携帯電話（ ） | | 電話番号（ ） |
| | | | 勤務先 |
| | 携帯電話（ ） | | 電話番号（ ） |

(裏)

| | | | |
|--|----------|-----------------|----------|
| 児童氏名 | | 性別 | 生年月日 |
| ふりがな | | 男・女 | 年 月 日 |
| | | | (歳 箇月) |
| 身長 cm | 体重 kg | 性格 | |
| 通園施設等 | | | |
| 1 保育所、幼稚園等 | | () | |
| 2 小学校 | | () | |
| 3 その他 | | (自宅で保育 ・ その他) | |
| かかりつけ医 | | (担当医) | |
| 医療機関名 | | | |
| 住所 | | 電話番号 () | |
| 既往歴 (今までかかった病気の、番号に○をつけてください。) | | | |
| 1 突発性発しん 2 麻しん(はしか) 3 水痘(水ぼうそう) 4 風しん(三日はしか) | | | |
| 5 咽頭結膜熱(プール熱) 6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 7 百日咳 | | | |
| 8 ヘルパンギーナ 9 肺炎 10 とびひ 11 B型肝炎(キャリアー含む) | | | |
| 12 喘息・喘息様気管支炎(薬の服用は、毎日・増悪時) 13 アトピー性皮膚炎 | | | |
| 14 川崎病(心臓合併症 有・無) 15 熱性けいれん(初回 歳、最後 歳) | | | |
| 16 てんかん | | 17 その他 () | |
| 食物アレルギー【牛乳・卵・牛肉・そば・大豆・小麦・その他 ()】 | | | |

| | |
|--------|--|
| 利用児童状況 | <p>予防接種（これまで受けた予防接種の番号に○をつけてください。）</p> <p>1 ヒブワクチン（インフルエンザ菌b型）(1回目・2回目・3回目・追加)</p> <p>2 小児用肺炎球菌ワクチン(1回目・2回目・3回目・追加)</p> <p>3 3種混合ワクチン(1回目・2回目・3回目・追加)</p> <p>4 4種混合ワクチン(1回目・2回目・3回目・追加)</p> <p>5 経口生ポリオワクチン(1回目・2回目)</p> <p>6 不活性化ポリオワクチン(1回目・2回目・3回目・追加)</p> <p>7 BCG ワクチン</p> <p>8 麻しん、風しん(MR)混合ワクチン(1期・2期)</p> <p>9 日本脳炎ワクチン(1回目・2回目・追加・2期)</p> <p>10 インフルエンザワクチン（ 年 月）</p> <p>11 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）ワクチン(1回目・2回目)</p> <p>12 水痘（水ぼうそう）ワクチン(1回目・2回目)</p> <p>13 B型肝炎ワクチン(1回目・2回目・3回目)</p> <p>14 1価ロタリックス(1回目・2回目) 5価ロタテック(1回目・2回目・3回目)</p> <p>15 2種混合ワクチン(DT) 16 その他（ ）</p> |
| | <p>入院の経験（入院の経験がある場合は、入院時の年齢と病名を記入してください。）</p> <p>1 ない</p> <p>2 ある （ 歳 箇月 : 病名)</p> <p>(歳 箇月 : 病名)</p> |
| | <p>常時服用している薬</p> <p>1 ない</p> <p>2 ある (具体的に)</p> |
| | <p>その他（薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮してほしいこと等について記入してください。）</p> |