

(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。

住 所 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

ふりがな		男 ・ 女	H・R	年	月	日生
児童名			(	歳	箇月	)
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)

連絡順位	氏名	続柄	緊急連絡先			
1			<input type="checkbox"/> 携帯電話 ( )	-		
			<input type="checkbox"/> 勤務先 ( )	-		
			勤務先名 ( )			
2			<input type="checkbox"/> 携帯電話 ( )	-		
			<input type="checkbox"/> 勤務先 ( )	-		
			勤務先名 ( )			

利 用 児 童 状 況	
<b>【通園施設等】</b>	
1. 保育所、幼稚園等	( )
2. 小学校	( )
3. その他	( 自宅で保育 ・ その他 : )
<b>【食物アレルギー】</b>	
なし ・ あり ( 牛乳・卵・牛肉・そば・大豆・小麦・その他 : )	
<b>【既往歴】</b> (番号に○をつけて、必要に応じ詳細も記入してください。)	
1. 突発性発疹	
2. 水痘 (水ぼうそう)	
3. 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	
4. 麻しん (はしか)	
5. 風しん (三日はしか)	
6. 百日咳	
7. てんかん	
8. 川崎病 ( 心臓合併症 有 ・ 無 )	
9. B型肝炎 (キャリアー含む)	
10. 喘息・喘息様気管支炎 ( 薬の服用は、毎日 ・ 発作時 )	
11. アトピー性皮膚炎 ( 治療は、内服薬 ・ 食事療法 ・ していない )	
12. 熱性けいれん ( これまでの回数 回 ・ 初回 歳 ・ 最後 歳 )	
13. その他 ( )	
<b>【常時服用している薬】</b>	
なし ・ あり ( 薬の名前 : 回数 : 回 )	
<b>【入院の経験】</b>	
ない ・ あり ( 病名 : 歳 箇月 )	
( 病名 : 歳 箇月 )	
<b>【予防接種】</b> (接種済みの番号に○をつけて、回数・日付等記入してください。)	
1. Hib (ヒブ) :	( ) 回
2. 小児用肺炎球菌 :	( ) 回
3. B型肝炎 :	( ) 回
4. 4種混合 :	( ) 回
5. 3種混合 :	( ) 回
6. ポリオ	*経口 (生ワクチン) : ( ) 回
	*注射 (不活化ワクチン) : ( ) 回
7. BCG	
8. MR (麻しん・風しん混合) :	( ) 回
9. 水痘 (水ぼうそう) :	( ) 回
10. 日本脳炎 :	( ) 回
11. ロタ	*1価ロタリックス : ( ) 回
	*5価ロタテック : ( ) 回
12. 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) :	( ) 回
13. インフルエンザ :	1回目 ( 月 日 ) ・ 2回目 ( 月 日 )
14. その他 ( ) ( ) ( )	
<b>【その他】</b> 薬物アレルギー等、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。	