

(表)

令和 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 (歳 箇月)
児童名			
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	<input type="checkbox"/> 送り 父・母・その他()	<input type="checkbox"/> 迎え 父・母・その他()	

(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		
【通園施設等】		
1. 保育所、幼稚園等	()
2. 小学校	(小学校)
3. その他	(自宅で保育 ・ その他 :)
【食物アレルギー】		
なし ・ あり (牛乳・卵・牛肉・そば・大豆・小麦・その他 :		
)		
【既往歴】 (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. 熱性けいれん		
3. 喘息・喘息様気管支炎 (薬の服用は、毎日 ・ 発作時)		
4. アトピー性皮膚炎 (治療は、内服薬 ・ 食事療法 ・ していない)		
5. 水痘 (水ぼうそう)		
6. 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		
7. 麻しん (はしか)		
8. 風しん (三日はしか)		
9. 百日咳		
10. てんかん		
11. 川崎病 (心臓合併症 有 ・ 無)		
12. B型肝炎 (キャリアー含む)		
13. その他 ()
【常時服用している薬】		
なし ・ あり (薬の名前 :		
)		
【入院の経験】		
ない ・ あり (病名 :	歳	箇月)
(病名 :	歳	箇月)
【予防接種】 (接種済みの番号に○をつけてください。)		
1. ヒブ		
2. 小児用肺炎球菌		
3. B型肝炎		
4. ロタ * 1 価ロタリックス		
* 5 価ロタテック		
5. 4 種混合		
6. BCG		
7. MR (麻しん風しん混合)		
8. 水痘 (水ぼうそう)		
9. 日本脳炎		
10. 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		
11. インフルエンザ		
12. 新型コロナ		
13. その他 () () (
)		
【その他】 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。		