

施設長 様

申請者 住所
 保護者 氏名
 児童との続柄

印

病児・病後児保育事業利用申請書

次のとおり那須塩原市病児・病後児保育事業を利用したいので申請します。

児童	住所				児童の愛称
	氏名	男・女	年 月 日生	(歳 箇月)	
利用期間	年 月 日 から 年 月 日まで				
児童の留意点					
利用施設名		利用する事業の種類	1 病児対応型 2 病後児対応型		
普段通っている施設名	電話番号 ()	かかりつけ医	電話番号 ()		
自宅電話番号		緊急連絡先 (携帯電話番号等)			
お子さんの病気について (あてはまるものに○を付けてください。) ※必ず記入してください。 ・症状 発熱・発疹・せき・のどの痛み・腹痛・下痢・吐き気・頭痛・その他 () ・いつからこの症状が始まりましたか。 月 日から ・投薬を受けていますか。 (いる ・ いない) ・常備薬を飲んでいますか。 (いる ・ いない) ・その他 食事の状況(離乳の状況、食事制限、アレルギーのための除去食等)、体質、くせ等心配なこと 配慮してほしいこと(薬物アレルギー、既往歴等) ()					
利用の理由	1 保護者の勤務の都合 2 保護者の傷病 3 冠婚葬祭 4 その他社会的にやむを得ない理由 ()				
送迎予定者	児童との続柄 () 電話番号 ()				
申請の注意	1 利用期間は、原則として7日間です。7日間を超える場合は、改めて申請してください。 2 児童の留意点は、特異な性格や性質、癖などを記入してください。 3 利用する事業の種類には、医師から発行を受けた診療情報提供書に記載の利用可能な事業の種類に○を付けてください。 4 利用の理由は、該当する番号に○を付け、4の場合はその理由を詳細に記入してください。 5 緊急連絡先は、日中でも連絡を取れる電話番号を記入してください。 6 送迎予定者は、お迎えに来る予定の方の氏名、児童との続柄、電話番号を記入してください。 7 診療情報提供書を添付してください。				