愛川町病児保育事業利用申請書

年 月 日

(あて先)

申請者 住 所
(保護者) 氏 名
連絡先 () -

次のとおり、病児保育事業を利用したいので、愛川町病児保育利用医師連絡票を添付して申請します。

フリガナ 児童氏名	男・女 (年 月 日生)
通園施設等	☐ 保育所等に通園している 施設名： 電 話： ☐ 通園していない → ☐ 保育所 ☐ 認定こども園 ☐ 小規模保育事業 ☐ その他 ()
利用理由 (保護者の状況)	☐ 就労 ☐ 疾病 ☐ 事故 ☐ 出産 ☐ 冠婚葬祭 ☐ その他 ()
かかりつけの医療 機関	医療機関名： 所在地： 担当医師名： 電話：
緊急連絡先 (確実に連絡がと れるところ)	①氏名： (児童との続柄：) 勤務先名： 電話：
	②氏名： (児童との続柄：) 勤務先名： 電話：
利用日・時間	年 月 日 ()
	午前 時 分 ~ 午後 時 分
お迎えにくる方	氏名 (児童との続柄：)
給食等の希望	☐ 有 ☐ 無 (弁当等を持参) ※ 給食等の提供には、別途費用がかかります。

※次のことについて、必要項目に記入し、該当項目に○をつけてください。

今回の病気の状況について（診断名）	病名：（今朝の体温 度、平熱 度） 解熱剤使用せず 解熱剤使用（ 日・ 時）			
	現在の症状：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 その他（ ）			
	処方薬：あり・なし			
栄養方法	①授乳期：母乳、人工、混合、1回 CC× 回（約 時間おき） ②離乳期：初期、中期、後期、完了 ③乳児食 ④幼児食 ⑤軟飯			
食事状況	好きな物：		嫌いな物：	
	食物アレルギー 無 有 未検査のため不明 <有の場合は、具体的に記入してください。>			
排泄	おむつ 介助が必要 一人で行える			
好きな遊び				
既往歴	突発性発疹 はしか 水ぼうそう 風しん おたふくかぜ 百日咳 細気管支炎 喘息 喘息様気管支炎 アトピー性皮膚炎 伝染性紅斑（りんご病） B型肝炎 副鼻腔炎 中耳炎 熱性けいれん（初回 歳 箇月・最後 歳 箇月） その他【病名 】【病名 】			
常用薬	喘息、けいれん等で、常時服用している薬がある場合は、内服時間も含めて具体的に記入してください。			
予防接種の状況 （該当項目に☑ の上、接種回数 に○をつけてく ださい。）	四種混合	1・2・3・追加	三種混合	1・2・3・追加
	ヒブワクチン	1・2・3・追加	不活化ポリオ	1・2・3・追加
	日本脳炎	1・2・追加	小児肺炎球菌	1・2・3・追加
	水痘（水ぼうそう）	1・2	MR（麻しん・風しん）	1・2
	BCG	1	B型肝炎	1・2・3
その他家庭からの連絡事項（気になることや配慮してほしいことなど）				

病児保育事業の利用に当たっての署名欄

同意事項	1 児童の状態が緊急を要するときは、病児保育事業実施施設（以下「実施施設」といいます。）の判断で医療機関を受診し、治療が行われることがあること。なお、その際発生する医療費等は、保護者が負担すること。 2 実施施設は、細心の注意を払って病児保育事業を実施するが、やむ負えない事由により実施施設内で児童間の感染が発生した場合、実施施設は責任を負わないこと。 3 実施施設から指示された病児保育の時間を厳守すること。 4 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、実施機関が利用を不相当と認めたときは、病児保育事業の利用を中止し、保護者は児童を引き取ること。 5 病児保育事業の利用状況（利用児童の氏名・年齢・病名・利用日等）について実施施設が町へ報告すること。	
	年 月 日	保護者氏名