

佐川町長様

申請者 住所
(保護者)

氏名 印
(児童との続柄:)

病後児保育利用申請書

下記により佐川町病後児保育を利用したいので、別紙主治医の診療情報提供書(利用連絡票)を添付の上、申請します。

児童	住所			
	氏名		男・女	年 月 日生(歳 ヶ月)
利用期間	年 月 日から 年 月 日まで 日間			
自宅の電話	- -		かかりつけ医の名称	
			電話番号	- -
緊急連絡先	①		②	
お子さんを家庭で看護できない理由	1. 保護者の勤務の都合 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. 災害 7. 出張 8. 学校への公的行事 9. その他の理由()			
お子さんの今回病気について、あてはまるもの全てに○をつけ、必要などところをご記入ください。				
主の症状	発熱 発疹 せき のどの痛み 喘鳴 腹痛 下痢 嘔吐 頭痛 けいれん 食欲低下 目やに とびひ 喘息発作 その他()			
お子さんの様子について、あてはまるものに○をつけ、必要などところをご記入ください。				
	昨夜		今朝	
熱	(時間) :	()℃	(時間) :	()℃
食欲	有 ・ 無		有 ・ 無	
	※無の場合、食べられる物()			
睡眠	良 ・ 普 ・ 悪		良 ・ 普 ・ 悪	
機嫌	良 ・ 普 ・ やや悪 ・ 悪		良 ・ 普 ・ やや悪 ・ 悪	
便	普 ・ 固 ・ 軟 ・ 下痢		普 ・ 固 ・ 軟 ・ 下痢	
	回数(回)		回数(回)	
嘔吐	無 ・ 有(有の場合: 回)		無 ・ 有(有の場合: 回)	
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)、体質やくせなど心配なこと、配慮してほしいこと(薬物アレルギー・既往症等)がありましたらお書きください。				
備考				