

年 月 日

平 川 市 長 様

申請者 住所  
(保護者)

氏名

㊞

病児・病後児保育利用申請書

次のとおり平川市病児・病後児保育事業を利用したいので、次の事項に同意のうえ、主治医の医師連絡票を添付して申し込みます。

- 1 病児・病後児保育事業の利用期間中は、病児・病後児保育事業実施施設の指示に従います。
- 2 児童の状態が変化して病児・病後児保育事業での対応が困難になり、病児・病後児保育実施施設が利用を不相当と認めたときは、病児・病後児保育事業の利用の中止に同意します。
- 3 病児・病後児保育室では担当看護師を配置していますが、医療行為は致しかねます。
- 4 お子さんの容体が悪化又は治療が必要となった場合は、保護者の緊急連絡先に電話をしてお迎えに来ていただきます。

お 迎 え	氏 名	(児童との続柄 )	時 間	時 分頃
緊 急 連 絡 先	連絡先	(児童との続柄 )	電 話	
	連絡先	(児童との続柄 )	電 話	

ふ り が な 児 童 氏 名		男・女	年 月 日生 ( 歳 か月)
利 用 期 間	年 月 日から	年 月 日まで	日間
か かり つ け 医	医療機関名	電 話	
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 めやに その他( ) ※症状が始まった時期 ( 月 頃から)		
食 事 の 状 況	(授乳の時間・回数、離乳の状況、食事制限、アレルギーなどを記入ください。)		
そ の 他	(体質やくせなど心配なこと、薬物アレルギーや既往症など配慮してほしいこと記入ください。)		