

病児保育事業利用申請書

令和 年 月 日

様

申請者 住所 宇都宮市  
(保護者)

氏名

病児保育事業の利用について、次のとおり申請します。

ふりがな 児童氏名		生年 月日	年 月 日生 ( 歳 か月)	お子さまの愛称
利用期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 「 」日間			
保育園等名称		主治医名	TEL	
自宅電話	( )	緊急連絡先	( )	
続柄	氏名	生年月日	勤務先名称 及び 連絡先	
保護者 1			TEL	
保護者 2			TEL	
			TEL	
			TEL	
<p>○ お子さまの病気について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 症状 (あてはまるものに○をつけてください) 発熱・発疹・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・吐き気・頭痛・その他 ( )</li> <li>・ いつからこの症状がはじまりましたか。 月 日</li> <li>・ お薬をもらっている場合 いつから内服していますか ( 日前から内服) お薬の内容は (抗生物質・かぜ薬・解熱剤・吐き気どめ) その他 (具体的に )</li> <li>・ 常時内服している薬はありますか。( 無・有 内服薬の名前, 回数 )</li> <li>・ アレルギー ( 無・有 )</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul> <p>○ 食事の状況 (離乳の状況・食事制限・アレルギーのため除去食等)</p> <p>○ 体質やくせなど心配なこと, 配慮してほしいこと (熱性けいれん・薬物アレルギー・経過観察中の病気等)</p> <p>○ 予防接種について (接種済に○をつけてください)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ インフルエンザ菌 b 型 (Hib) ・ 小児肺炎球菌 ・ B型肝炎 ・ 水痘 ・ 麻疹(はしか) 風しん</li> <li>・ 四種混合 (ポリオ, 破傷風, 百日ぜき・ジフテリア) ・ 日本脳炎 ・ ロタウイルス ・ 流行性耳下腺炎</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>				
<p>児童を看護できない理由</p> <p>1 勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 その他 ( )</p>				
世帯区分	<p>※ 該当する場合は○をつけてください。</p> <p>1 生活保護世帯 2 市民税非課税世帯 3 婚姻歴のないひとり親家庭</p>			

