

令和 年度 病後児保育利用申込書 (兼変更届)

申請日： 年 月 日

様

次のとおり、病後児保育事業を利用したいので、主治医の連絡書を添付して申込みます。

保 護 者	保 護 者 氏 名		勤 務 先 TEL		
	(ふりがな)		連 絡 先	(父)	
	Ⓜ			(母)	
携 帯 電 話					
利 用 児 童	児 童 氏 名		生 年 月 日		
	(ふりがな)		平成 年 月 日 (歳 ヶ月)		
	(男・女)				
	現住所				
	か か り つ け の 病 院	(小児科)	電話() -		
		(外 科)	電話() -		
	利 用 期 間	年 月 日 () 時 分 から (日間) 年 月 日 () 時 分 まで			
	送 迎 者 氏 名	登園 (続柄)		降園 (続柄)	
	今 回 の 病 気 等 に つ い て	傷病名：			
		現在の症状 (当てはまるものに○をつけて下さい) 発疹・下痢 (軟便・水様) ・嘔吐・腹痛・咳・鼻水・食欲 (普通・少量) その他の症状 ()			
	栄 養 方 法	<input type="checkbox"/> 離乳食	1. ドロドロ 2. 舌でつぶせる 3. 歯茎でつぶせる 4. 歯でかめる		
<input type="checkbox"/> 普通食		アレルギー等による食事制限 (1. 必要 2. 不要) (アレルギー品：)			
食 事 状 況	1. 全面介助 2. 一人で食べる (かなりこぼす) 3. 一人で食べる (箸・スプーン)				
排 泄	1. オムツ (排泄教える・教えない) 2. 時々おもらし 3. 自立				
配 慮 を 要 す る 事 項					

本利用申込みについて、(変更・辞退)の申し出を受け付けました。(変更項目朱書)		
年 月 日	(受付者氏名)	Ⓜ
添 付 書 類 確 認	<input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書	利用の可否 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 否
	<input type="checkbox"/> 診察による保育指示 (病名)	
実施所属長の意見：		