

病児病後児保育事業利用申請書

利用料階層	※左の利用料階層欄には記入しないでください。			
市町名	御坊市・ 日高町 ・由良町	利用日	平成21年 2月24日～平成21年 2月26日	
利用の理由	就労・傷病・事故・出産・冠婚葬祭・その他	詳細 就労		
(ふりがな) 対象児童の名前	ひだか たろう 日高太郎	年齢	3歳 7カ月	
保護者氏名	日高 一郎	在籍園名	〇〇保育所	
住所	日高町大字〇〇▲▲▲番地	家の電話番号	0738-63-〇〇〇〇	
緊急連絡先(電話番号) 確実に連絡がとれるところ	① 勤務先 株式会社 ■■Tel.0738-〇〇-〇〇〇〇	お迎えの時間	17時 30分	
	② TEL	お迎えをする人	母親	
お子さんの状況				
予防接種について	三種混合	受けた(Ⅰ期 1回 2回 3回 Ⅱ期追加)・受けていない		
	BCG	受けた・受けていない	ポリオ	受けた・受けていない
	はしか	受けた・受けていない	風疹	受けた・受けていない
	水ぼうそう	受けた・受けていない	おたふく風邪	受けた・受けていない
	日本脳炎	受けた・受けていない	インフルエンザ	受けた・受けていない
これまでにかかった 主な感染症と病 気(かかったものに ○をつけてくださ い。)	1. 突発性発疹 5. おたふく風邪 9. 咽頭結膜炎 13. 結核 17. てんかん	2. はしか 6. 手足口病 10. ヘルパンギーナ 14. 喘息 18. 心臓病	3. 風疹 7. りんご病 11. 熱性けいれん 15. アトピー性皮膚炎 19. その他	4. 水ぼうそう 8. 百日咳 12. じんましん 16. とびひ
現在の 症 状	今朝	昨夜	備考	
	体温	℃	℃	平熱 : ℃
	嘔吐	回	回	座薬の最終使用時刻: 時 分
	下痢	回	回	アレルギーについて 食べ物 : 薬 :
	食事			かかりつけ医:
	薬内服			薬のいつもの飲ませ方:
	排泄	ひとりで 手助け() おむつ		特に心配なこと:

該当するところに、○印や必要事項をご記入ください。

上記のとおり、病児病後児保育を利用したいので、申し込みます。

なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

また、病状の変化等により、病児病後児保育を中止し、必要に応じて医療を施すことを了承します。

平成21年 2月24日

保護者名

日高 一郎



御坊市長 様

病児保育室ひまわり 電話番号 24-0144