

延岡市病児保育事業利用申込書

令和 年 月 日

実施施設長 様

保護者 住所:

氏名:

印

TEL:

病気回復期にあり家庭での保育が困難なため、延岡市病児保育事業を利用したいので、申し込みます。

記

フリガナ 利用児氏名		性別 男・女	生年月日	H・R	年	月	日生		
利用期間	令和	年	月	日	～	令和	年	月	日 (予定)
お迎え予定時刻	時 分頃 (誰が:)が迎えに来ます								
通っている 保育園、幼稚園、 小学校、等の名称									
保護者が家庭で 保育ができない理由	<input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他()								
医師の診察	<input type="checkbox"/> 未受診 <input type="checkbox"/> 受診済 〔 病名: 病院名: トロこどもクリニック 〕								
今日の体温	℃		平熱	℃程度					
症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> めやに <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> その他()								
その他の心配ごと (注)									

(注)「その他の心配ごと」欄について

- 食事状況(授乳時間および回数、離乳の状況、食事制限等)および、アレルギーの有無(除去について含む)
- 健康状態(既往症、出生時の状況、体質等)
- 投薬等その他の必要事項

緊急連絡先	1	続柄()	TEL:
	2	続柄()	TEL: