

山武市病後児保育事業利用申請書

(宛先) 山武市長

年 月 日

保護者 住 所
氏 名
電話番号

山武市病後児保育事業実施規則第11条の規定により、病後児保育事業の利用の許可を次のとおり申請します。

児童氏名	フリガナ		通所施設名 こども園 保育園 幼稚園
	男・女	電話番号 ()	
生年月日	年 月 日生(歳)	愛称	
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
利用時間	(午前・午後) 時 分~(午前・午後) 時 分		
通院中の医療機関	医療機関名	担当医師	電話
	医療機関名	担当医師	電話
今回の病気について	病名		
	症状	現在の症状で当てはまるものに○をつけてください。 発熱 発疹 せき 鼻水 のどの痛み 腹痛 下痢 吐気 食欲低下 頭痛 けいれん 目やに その他 ()	
	処方薬	処方薬を飲んで (いる ・ いない) ※園での与薬が必要な場合は、医療機関から処方された薬の明細書またはお薬手帳の写し等を添付の上、 <u>くすり依頼票</u> を提出してください。	
	安静度	特に制限なし ベッド安静 その他 ()	
保護者 ・ 緊急連絡先	氏名	携帯電話	続柄
	勤務先	勤務先電話	
	氏名	携帯電話	続柄
	勤務先	勤務先電話	

(裏面もご記入ください。)

対象児童の 平熱	()℃	
栄養方法	授乳中	母乳 人工 混合
	離乳中	ドロドロ 舌でつぶせる 歯茎でつぶせる 歯でかめる
	食事制限	食事制限が (ある ・ ない) 制限内容 ()
アレルギー	食物アレルギーが (ある ・ ない) アレルギー食 除去内容 ()	
排泄の様子	排尿	ひとりでできる 手助け()時間おき おむつ 紙パンツ
	排便	ひとりでできる 手助け おむつ 紙パンツ
睡眠	時間	寝る時間 (:) 起きる時間 (:) 昼寝の時間 (: ~ :)
	寝つき	良い 悪い
衣服の着脱	着替えがひとりで (できる ・ できない)	
好きな遊び		
その他 留意事項	心配なこと、配慮して欲しいことについて具体的にご記入ください。	
家庭保育が 困難な理由	勤務の都合 疾病 事故 出産等 冠婚葬祭 その他()	
生活保護の 受給	有 ・ 無	

※ 医療機関からの連絡票と一緒に、山武市役所子育て支援課に提出してください。