

神崎郡病児病後児保育施設利用申請書

神河町長 様

保護者 住所 _____

氏名 _____

電話番号 _____

神崎郡病児病後児保育施設を利用するにあたり、下記の内容に同意し、関係書類を添えて申請します。

【同意事項】

- 1 症状の変化に伴い、緊急に医師の診察を受ける必要があると職員が判断した場合に保護者の承諾なしに受診すること。
- 2 その治療に要した費用は保護者が負担すること。

ふりがな 児 童 氏 名		男 女	生年月日	年 月 日 (歳 箇月)	
緊急連絡先	① 続柄() TEL				
	② 続柄() TEL				
病 名					
家庭で保育できない理由	勤務 ・ 冠婚葬祭 ・ 出産 ・ 病気 ・ その他 ()				
利用予定期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 () 日間				
児 童 の 健 康 状 態 及 び 注 意 事 項	○アレルギー <input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無				
	○熱性けいれん <input type="checkbox"/> 有【最終： 歳 カ月 (°C以上)】 <input type="checkbox"/> 無				
	○与薬 <input type="checkbox"/> 有(食前 / 食後) ◎飲み方() <input type="checkbox"/> 無				
	○食事状況 <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 混合 <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立(はし/スプーン) ◎普段の昼食時間(時頃) ◎食欲(普通・少・ない) ◎水分量(普通・少・飲めない)				
	○発達状況 <input type="checkbox"/> 座る <input type="checkbox"/> はう <input type="checkbox"/> つかまり立ち <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 歩行自由				
	○排泄 <input type="checkbox"/> おむつ(伝えられる / 伝えられない) <input type="checkbox"/> 時々おもらし <input type="checkbox"/> 自立				
	○睡眠 ◎夜 時~朝 時 / お昼寝 時~ 時				
	○その他(体質、くせ又は発達の状況等、心配なこと、配慮してほしいこと)				
	お迎えに来る方について				
	予定時刻 時 分ごろ				
氏 名 続柄 () TEL					
(実施施設記入欄)					
神崎郡病児病後児保育施設の利用を 1 許可する 2 許可しない ()					
※不許可の場合は、理由を記入してください。					