

病児・病後児保育事業利用申請書

平成 年 月 日

様

申請者 住所 宇都宮市
(保護者)

氏名

印

病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり申請します。

ふりがな 児童氏名			生年 月日	年 月 日生 (歳 月)	お子さんの愛称
利用期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで 「 」日間				
保育園等			主治医名	TEL	
自宅電話	()		緊急連絡先	()	
	続柄	氏 名	生 年 月 日	勤 務 先	
	父			TEL	
	母			TEL	
				TEL	
				TEL	
<p>お子さんの病気について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 症状 (あてはまるものに○をつけてください。) <p>発熱・発疹・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・吐き気・頭痛・その他 ()</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ いつからこの症状がはじまりましたか。 月 日 ・ 投薬をうけていますか。(いる _____ ・いない) ・ 常備薬をのんでいますか。(いる _____ ・いない) ・ その他 <p>食事の状況 (離乳の状況・食事制限・アレルギーのため除去食等)</p> <p>体質やくせなど心配なこと, 配慮してほしいこと (薬物アレルギー・既往症等)</p> <p>予防接種について (接種済に○をつけてください)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ BCG ・ 三種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風) ・ 麻しん風しん混合 (MR) ・ 麻しん (単独) ・ 風しん (単独) ・ 日本脳炎 ・ ポリオ ・ その他 () 					
<p>児童を看護できない理由</p> <p>1 勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 その他 ()</p>					
世帯区分 *	1 生活保護世帯 2 市民税非課税世帯 3 その他の世帯				