

病 児 保 育 事 業 利 用 申 請 書

令和 年 月 日

様

申請者 住 所 宇都宮市
(保護者)

氏 名

病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 か月)	お子さまの愛称
利 用 期 間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 「 」日間			
保育園等名称		主 治 医 名	TEL	
自宅電話	()	緊 急 連 絡 先	()	
続柄	氏 名	生 年 月 日	勤務先名称 及び 連絡先	
保護者 1			TEL	
保護者 2			TEL	
			TEL	
			TEL	
<p>○ お子さまの病気について</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) 発熱・発疹・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・吐き気・頭痛・その他 () ・ いつからこの症状がはじまりましたか。 月 日 ・ お薬をもらっている場合 いつから内服していますか (日前から内服) お薬の内容は (抗生物質・かぜ薬・解熱剤・吐き気どめ) その他 (具体的に) ・ 常時内服している薬はありますか。(無・有 内服薬の名前, 回数) ・ アレルギー (無・有) ・ 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 (熱性けいれん・薬物アレルギー・経過観察中の病気等)</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"> ・ インフルエンザ菌 b 型 (Hib) ・ 小児肺炎球菌 ・ B型肝炎 ・ 水痘 ・ 麻疹(はしか) 風しん ・ 四種混合 (ポリオ, 破傷風, 百日ぜき・ジフテリア) ・ 日本脳炎 ・ ロタウイルス ・ 流行性耳下腺炎 ・ 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	<p>※ 該当する場合は○をつけてください。</p> <p>1 生活保護世帯 2 市民税非課税世帯 3 婚姻歴のないひとり親家庭</p>			