様式第４号（第９条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 登　録　番　号 |  |

**病児保育事業利用申請書**

　　令和　　　年　　　月　　　日

　時　津　町　長　　　様

申請者　　住　　　所　：　時津町

（保護者）　　氏　　　名　：

電話番号　：　　　　　　－　　　　　　－

次のとおり、病児保育事業を利用したいので申請します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ふりがな** | |  | | 男・女 | 年　　　月　　　日生  （　　　歳　　　ケ月） |
| **お子さまの名前** | |  | |
| **利用日時** | | 年　　月　　日（　　）　午前　・　午後　　時　　分　から  　年　　月　　日（　　）　午前　・　午後　　時　　分　まで | | | |
| **利用する理由** | | １　勤務　　２　疾病　　３　事故　　４　出産　　５　冠婚葬祭  ６　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| **通院医療機関名** | | 医療機関名：  住所：　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ | | | |
| **連　　　絡　　　先** | **自宅** | 住所：時津町  電話番号： | | | |
| **緊急連絡先** | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　）  電話番号： | | | |
| **緊急連絡先** | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　）  電話番号： | | | |
| **緊急連絡先** | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　続柄（　　　　）  電話番号： | | | |
| **今回の病気について　（あてはまるものに○を付け、必要なところをご記入ください。）**  ○病　名　：  **※分かっている場合のみご記入ください。**  ○医師に（　受診している　・　未受診　）  ○保育所・幼稚園等はいつから休んでいますか。　　　年　　月　　日（　　）から  ○本日の機嫌はどうですか。　　　　（　良い　・　普通　・　不良　）  ○昨日の睡眠の状態はどうですか。　（　良い　・　普通　・　不良　） | | | | | |
| **いつからどのような症状がありましたか。** | | | | | | | |
| **食事と服薬と便について　（あてはまるものに○を付け、必要なところをご記入ください。）**  　○昨日から今日までの食欲はどうですか。（　良い　・　普通　・　不良　）  　○利用中の食事（　普通食　・　離乳食　・　ミルク　）  ※ミルクの場合　：　１回（　　）cc　（　　）回／日  　○薬を飲んだ時間　昨日の夜　：　午後　　時　　分  　　　　　　　　　　今　　朝　：　午前　　時　　分  　○薬は持ってきましたか。（　持ってきた　・　持ってきていない　）  ※抗生剤・解熱剤・座薬・その他（　　　　　　　　　）  　○便の様子はどうですか。（　普通　・　軟便　・下痢　）　昨日（　　）回 | | | | | | | |
| **アレルギー歴について（○を付けてください。）**  １　気管支喘息　　　　　５　食物アレルギー（ミルク、卵、  　２　アトピー性皮膚炎　　　　　　　その他：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　３　アレルギー性鼻炎　　　　　６　その他のアレルギー  　４　じんましん　　　　　　　　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| **お子さまについて担当者へ連絡することがあれば具体的にお書きください。** | | | | | | | |
| **迎えに来られる方** | | | | 氏　名：  連絡先：　　　　　－　　　　　－  続　柄：父親 ・ 母親 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他（　　　　　　　　） | | | |

|  |
| --- |
| **同　　　　意　　　　書**  病児保育の利用に際し、次のことに同意いたします。  （１）利用期間中は、施設の指示に従うこと。  （２）利用期間中の様態の急変等により、必要に応じては医師の診断を受けること。  （３）（２）により医師の診断を受けた場合は、別途自己負担が発生すること。  令和　　年　　月　　日  保護者氏名 |