様式第１号（第８条関係）

日光市病児保育利用申請書

　　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　様

申請者　　住　所　　日光市

（保護者）　氏　名

病児保育の利用について、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） | | 児童の愛称 |
|  | | |  |
| 利用期間 | 年　　月　　日から　　　　　年　　月　　日まで　「　　　」日間 | | | | | | | |
| 保育園等名称 |  | | | 主治医名 | | | ℡ | |
| 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 |  | |  | | ℡ | | | |
| 保護者２ |  | |  | | ℡ | | | |
|  |  | |  | | ℡ | | | |
|  |  | |  | | ℡ | | | |
| ○　お子さんの病気について  ・　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  ・　投薬をうけていますか。（いない・いる　　　　　　　　　　　　　　 　　）  ・　常備薬をのんでいますか。（いない・いる　　　　　　　　　　　　　　 　）  ・　アレルギー（　無・有　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ・　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ○　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）  ○　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）  ○　予防接種について（接種済のものに○をつけてください。）  　・インフルエンザ菌ｂ型（Ｈｉｂ） ・小児肺炎球菌　・Ｂ型肝炎　・水痘　・麻しん(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（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 児童を看護できない理由  １　勤務の都合　２　傷病　３　事故　４　出産　５　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 世帯区分※ | | 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　４その他の世帯 | | | | | | |