

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	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>○ お子さんの病気について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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（ ）</li> <li>・ いつからこの症状がはじまりましたか。 月 日</li> <li>・ 投薬をうけていますか。（いない・<u>いる</u>）</li> <li>・ 常備薬をのんでいますか。（いない・<u>いる</u>）</li> <li>・ アレルギー（ 無・<u>有</u>）</li> <li>・ その他（ ）</li> </ul> <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（接種済のものに○をつけてください。）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 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</li> <li>・ 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</li> <li>・ その他（ ）</li> </ul>					
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				