

病児・病後児保育利用申込書

令和 年 月 日

大仙市長 様

住 所

保護者名

電話番号

次のとおり、関係書類を添えて病児・病後児保育事業の利用を申し込みます。

ふりがな		性 別	男 ・ 女
児童氏名		実施施設名	大曲こどもクリニック 病児保育園
生年月日	年 月 日 (歳)		
通常 の 保 育 の 状 況	1 保育所等〔施設名 〕 2 家庭保育 3 小学校〔学校名 〕 4 その他〔 〕		
平 常 の 健 康 状 態	1 良 2 発育上心配なこと ()		
希 望 す る 利 用 期 間	期間 年 月 日から 年 月 日まで 時間 時 分から 時 分まで		
理 由	1 勤務 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 その他() ※理由1勤務の場合はお勤め先と連絡先を記入してください。 勤務先 _____ 連絡先電話番号 _____		
今回の病気でかかった医師・薬局		児童の現在の健康状態	
医師	大曲こどもクリニック	病名	
薬局	<input type="checkbox"/> 下山薬局 駅前店 <input type="checkbox"/> その他()		
※ 確 認 欄	児童の健康状態 確認者		㊟
	生活保護の状況 無 ・ 有 (年 月 日保護開始)		

※ 確認欄には記入しないでください。

※ 申込みの際は、母子健康手帳及び健康保険被保険者証を必ず持参してください。

児童名 男 (満 歳) 女	血液型 型	平 熱 度
保険証記号番号 国保・社保・共済() 記号番号()		
健 状 康 態	<ul style="list-style-type: none"> 生まれてから今までに特別な病気(喘息・腎臓・心臓・肝臓・脳神経・免疫不全症・その他)にかかり医師の診断を受けたことがありますか。 いいえ／はい(病名) ひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか。 いいえ／はい(歳頃) ※その時熱がでましたか。 いいえ／はい 薬や食品で皮膚に発疹やじんましんが出たり体の具合が悪くなったことがありますか。 いいえ／はい(状態) 	
ラ イ フ ス タ イ ル	<ul style="list-style-type: none"> 現在飲んでいるのは母乳ですか、ミルクですか。 母乳／ミルク(品名)／混合 ※その量と回数 母 乳1日 回又は不規則1回 分くらい吸う ミルク1日 回又は不規則1回 cc ミルク以外のものを与えていますか。(果汁、みそ汁、おかゆ等) 与えていない／与えている() 何かくせがありますか。(おしゃぶり、指しゃぶり等) ない／ある() 食べ物の好き嫌いがありますか。 ない／ある() 	
そ の 他	<ul style="list-style-type: none"> お子さまのことで担当者に伝えたいことがありましたら書いてください。 	

