

## 鱒ヶ沢町病後児保育事業 利用申請書

申込日 年 月 日

申込者 (保護者)	住所	
	氏名	
	電話番号	

下記のとおり、鱒ヶ沢町病後児保育事業を利用したいので、申請します。

ふりがな		性別	生年月日	年 月 日
児童氏名	(愛称: )	男・女	年齢	歳 ヶ月
主治医	病院・医院 担当医:		電話番号	
通園施設等	<input type="checkbox"/> 通園している (施設名: ) <input type="checkbox"/> 通園していない 通園施設で流行している病気 (有・無) 病名 ( )			
緊急 連絡先	①氏名 (児童との続柄)		勤務先 電話番号	
	②氏名 (児童との続柄)		勤務先 電話番号	
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)			
今回の病気 について	病名		今朝の体温	℃
	現在の症状 (当てはまるものに○をつけてください。)			
	発熱、発疹、咳、鼻水、のどの痛み、腹痛、下痢、吐き気 食欲低下、頭痛、めやに、その他 ( )			
食事方法	処方薬をのんでいる (いる・いない)		市販薬をのんでいる (いる・いない)	
	<input type="checkbox"/> 授乳中 (①母乳 ②人工ミルク ③混合 1回 cc× 回)			
	<input type="checkbox"/> 離乳食 (①ドロドロ ②舌でつぶせる ③歯茎でつぶせる ④歯でかめる) <input type="checkbox"/> 普通食 アトピー等による食事制限 (①必要 ②必要なし)			
食事状況	①全面介助 ②1人で食べるがかなりこぼす ③1人で食べる (はし、スプーン)			
行動	①寝ている ②首がすわっている ③寝返る ④座る ⑤はう ⑥立つ ⑦伝い歩き ⑧自由歩行			
排泄	① おむつ (排泄を教える 教えない) ②時々おもらし ③自立			
お子さんのこと でとくに気をつ けてほしいこと				
健康保険証	種類 (国保・社保・その他) 保険者番号 ( ) 記号・番号 ( )			