

年 月 日

病児・病後児保育利用申込書

(宛先) 実施事業者

貴施設の病児・病後児保育事業を利用したいので、下記の事項について申請します。

記

- 1 病児・病後児保育事業の利用期間中は、実施事業者の指示に従います。
- 2 利用者の状況は、この申請書のとおり相違ありません。
- 3 実施事業者が必要と認めたときは、申込み時及び病児・病後児保育事業期間中に診療を受けることを承諾します。
- 4 実施事業者において、児童の状態が変化して病児・病後児保育事業での対応が困難と認めたとき、又は事業利用を不相当と認めたときは、病児・病後児保育事業の利用を直ちに中止し、すみやかに迎えに行くことに同意します。

(保護者) 氏 名 _____

住 所 _____

電 話 () _____

利用事由（保護者の状況）について、該当するところに○をつけてください。			
1 勤務の都合	2 傷病	3 事故	4 出産
5 冠婚葬祭	6 その他 ()		
利用期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()		
利用時間	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分		
送迎者	(送り) (迎え)		

(緊急連絡先)

	保護者氏名等	続柄	緊急連絡先
保 護 者			勤務先
	携帯電話 ()		電話 ()
			勤務先
	携帯電話 ()		電話 ()

利用児童状況	児童氏名		性別	生年月日		
	フリガナ			年 月 日生		
				(歳 か月)		
	身長	cm	体重	kg	性格	
	通園施設等					
	1 認可保育所等 (保育園		認定こども園)	
	2 認可外保育施設 (
	3 小学校 (小学校)			
	4 幼稚園 (幼稚園)			
	5 その他 (自宅で保育		・ その他)			
	かかりつけ医 (担当医)					
	医療機関名					
	住所		電話 ()			
	既往歴 (今までかかった病気の、番号に○をつけてください。)					
1 突発性発しん 2 麻しん (はしか) 3 風しん (三日はしか) 4 水痘 (水ぼうそう)						
5 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 6 百日咳 7 B型肝炎 (キャリアー含む)						
8 喘息様気管支炎 9 喘息 (薬の使用は 毎日 発作時のみ)						
10 アトピー性皮膚炎 11 川崎病 (心臓合併症 有・無) 12 てんかん						
13 熱性けいれん (初回 歳、最後 歳)						
14 その他 ()						
食物アレルギー【小麦・牛乳・卵・そば・ピーナッツ・その他 ()】						
アレルギーによって出現する症状 ()						
予防接種 (これまで受けた予防接種に○をつけてください。)						
1 ヒブワクチン (インフルエンザ菌 b 型) ()						
2 小児用肺炎球菌ワクチン ()						
3 3種混合ワクチン () / 4種混合ワクチン () / 5種混合ワクチン ()						
4 不活性化ポリオワクチン () / ポリオ生ワクチン ()						
5 BCGワクチン ()						
6 麻しん、風しん (MR) 混合ワクチン () 7 日本脳炎ワクチン ()						
8 水痘 (水ぼうそう) ワクチン () 9 ロタウイルスワクチン ()						
10 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) ワクチン () 11 B型肝炎ワクチン ()						
12 インフルエンザワクチン (今年度) () 13 その他 ()						
入院の経験 (入院の経験がある場合は、入院時の年齢と病名を記入してください。)						
1 ない						
2 ある (歳 か月 : 病名)						
(歳 か月 : 病名)						
常時服用している薬						
1 ない						
2 ある (具体的に)						
その他 (薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮してほしいこと等について記入してください。)						