

養父市病後児保育利用申請書

平成 年 月 日

養父市長 様

申請者 住所 _____

(保護者) 氏名 _____ (印)

(TEL. - -)

次のとおり病後児保育を利用したいので、病後児保育医師連絡票を添えて申請します。

なお、利用にあたっては、通常保育中よりも予測不能な状況が起こり得る危険性が高いこと及び、投薬についても同様にその危険性が高いことを認識、理解した上で、施設の指示に従います。

対象児童氏名 (生年月日・年齢)	(男・女) (平成 年 月 日生 歳 か月)	申請者との続柄
在籍する保育所等	(TEL. - -)	
利用日	平成 年 月 日 () ~ 月 日 ()	
緊急連絡先	氏 名	連絡先 (勤務先等)
加入健康保険	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 政管 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	記号番号	保険者番号
個人情報に関する同意 保育の実施に必要な個人情報について、以下の事項について同意します。 ① 実施施設が受診医療機関及び在籍する保育所等に情報提供を求めること、また、実施施設に受診医療機関及び在籍する保育所等が情報提供を行うこと ② 利用者負担額算定のための申請者及び同一世帯に属する家族の税務資料の閲覧 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;">氏名 _____ (印)</div>		

(裏面記入)

※以下、該当項目に○を付けてください。また、必要な項目は記入してください。

病名（診断名）		受診医療機関	
症 状	下痢・嘔吐・咳・発疹・湿疹・その他（ ）		
今 朝 の 体 温	℃		
食 事 の 状 況	夕 食		
	朝 食		
	そ の 他		
機 嫌	前 夜	普通	良い 悪い
	今 朝	普通	良い 悪い
排 便	前 夜	普通	軟らかい 固い (回)
	今 朝	普通	軟らかい 固い (回)
睡 眠	就 寝		
	起 床		
入 浴	有・無		
薬 の 依 頼	有・無（有の場合：薬の名前 ） *薬剤情報提供書 有・無		
け い れ ん	今までにけいれんを起こしたことは、ありますか？（ある・ない）		
子どもの様子 連絡事項			
その他特に伝えたい事項			