

# 伊豆市乳幼児病児保育事業利用申請書

年 月 日

伊豆市乳幼児病児保育事業を利用したいので、次の通り申請します。

申請者住所			申請者氏名 (保護者)	
ふりがな 児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日	
利用希望日	年 月 日 ( )			
利用事由	・ 児童が病気であり保護者が家庭で保育することができない（該当する箇所にレ印をつける） <input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 体調不良 <input type="checkbox"/> 家族の看護、介護 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 児童の兄弟の学校(園)行事に参加 <input type="checkbox"/> その他 ( )			

### 連絡先

連絡先電話番号	①	- -	母・父・祖母・祖父・他( )	勤務先・携帯・他( )
	②	- -	母・父・祖母・祖父・他( )	勤務先・携帯・他( )
お迎えの予定	時間	:	お迎えの人	母・父・祖母・祖父・他( )

### 病状連絡

症状	発熱 ・ 咳 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 発疹 ・ 鼻水 他 ( )			
いつから	今日の朝 ・ きょうの夜 ・ きょうの昼 ・ きょうの朝 ・ それ以前( )			
初回受診日	月 日 ( )	病名(わかっている場合)		
流行っている病気	ない・ある（病名： ）, 園で・学校で・家族が			
利用日のようす	体温	度 分	きげん	よい ・ 普通 ・ 悪い
	睡眠	時間 夜 :	～朝 :	よく眠れた ・ あまり眠れなかった
	食欲	ある ・ ない	朝食	時間 : , 食べた・少し・食べない
	薬	今日の朝 飲んだ( : ) ・ 飲まない	昨夜から解熱剤を 使用した( : ) ・ 使用しない	
本日の保育で注意 する事項				

### 与薬依頼書

薬の処方医	病院名	電話	処方日	月 日
薬	剤型	粉・液(シロップ)・外用薬( )・他( )、計 種類		
	内容	抗生物質・解熱剤・咳止め・風邪薬・外用薬・他( )		
	保管方法	室温・冷蔵庫・他( )		
服用時間	食前 ・ 食後 ・ 食間( : ) ・ 他( )			
使用方法				
注意事項				

伊豆赤十字病院受付	初日 ・ 連日
病院受付印	お子さんの症状の変化
	<p style="text-align: center;">あり・なし</p> <p>*症状の変化が ありの場合は受診 してください</p>

伊豆市病児保育の利用料の算定のため、伊豆市が保有する私の「市民税課税台帳及び課税資料」「生活保護法による保護世帯に関する資料」の閲覧及び使用に同意します。

同意者氏名.....⑧

※市役所使用欄  
(承認欄)

課長	担当	承認	備考
		<input type="checkbox"/> 承認 <input type="checkbox"/> 不承認	