

伊豆市病児・病後児保育事業利用申請書

年 月 日

伊豆市病児・病後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)		
児童氏名			生年月日	年	月 日
利用希望日	年 月 日 ()				
利用種別	病児保育 ・ 病後児保育 ※どちらかに○印をつけてください				
利用事由	・ 下記理由により家庭で保育することができないため (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・きのうの夜・きのうの昼・きのうの朝・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					食品のアレルギーが(ある・ない) *ある場合には食品名

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				

受 付	初日・連日
受 付 印	お子さんの症状の変化
	あり・なし
	※症状の変化がある場合は受診してください。

伊豆市病児・病後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.....Ⓜ

※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	