

病児・病後児保育事業(病後児対応型)利用申請書

令和 年 月 日

高岡市長あて

申請者 住所

(保護者) 氏名

印

病児・病後児保育事業(病後児対応型)の利用について、次のとおり申請します。

ふりがな 児童氏名		男 ・ 女	生年 月日	年 月 日生 (歳 月)	お子さんの愛称	
利用期間	令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで					
保育所名			主治医名	TEL		
自宅電話	()		緊急連絡先	()		
保護者及び家族	続柄	氏名	生年月日	勤務先(職業)	所在地	TEL
	父		. .			
	母		. .			
			. .			
			. .			
			. .			
お子さんの病気について						
<input type="checkbox"/> 症状（あてはまるものに○をつけてください。） 発熱・発疹・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・吐き気・頭痛 その他（ ）						
<input type="checkbox"/> いつからこの症状がはじまりましたか。 月 日から						
<input type="checkbox"/> 投薬をうけていますか。（いる・いない） くすりの名前（ ）						
<input type="checkbox"/> 常備薬を飲んでいますか。（いる・いない） くすりの名前（ ）						
<input type="checkbox"/> その他 食事の状況(離乳の状況・食事制限・アレルギーのための除去食等)						
体質やくせなど心配なこと、配慮してほしいこと(薬物アレルギー・既往歴等)						
児童を看護できない理由						
1 勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 その他()						