

第3号様式（第8条関係）

綾瀬市病児保育事業利用申込書

(宛先) 綾瀬市長
(病児保育事業実施施設長)

年 月 日

申請者 住所 _____
(保護者) 氏名 _____

病児保育事業を利用したいので、次のとおり綾瀬市病児保育事業診療情報提供書を添えて申し込みます。

フリガナ		生年月日	年 月 日		
児童氏名		性別	男・女	年齢	歳
緊急連絡先	①連絡先		電話	-	-
	②連絡先		電話	-	-
利用の理由	保護者の状況 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他 ()				
お迎え予定時間	時 分頃				
お迎えに来る人	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 () ※本人確認ができるものを提示のこと。				
生活保護受給の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合、受給者証を提示してください。)				
主治医 (かかりつけ医)	医療機関名		担当医師	電話番号	

昼食	<input type="checkbox"/> 昼食を持参する <input type="checkbox"/> 昼食を依頼する (アレルギーのある方は昼食・おやつを持参してください。)	
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (除去食材:)	
与薬 (処方薬に限る。)	<input type="checkbox"/> 依頼する <input type="checkbox"/> 依頼しない	

児童の状況

症状					
発症日	月 日 () 頃から		嘔吐	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
体温	平熱 ℃	今朝 ℃		昨日 回	今朝 回
		昨夜 ℃			
睡眠	: ~ :		便	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> 水様 昨日 回 今朝 回	
朝食	内容 () (食欲: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		発疹	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (部位:)	
授乳	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク (ml) : 頃		かゆみ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (部位:)	