

様式第2号（第11条関係）  
（用紙 日本工業規格A4縦型）

菊川市病後児保育利用申込書

年 月 日

菊川市長 長谷川 寛彦 宛

保護者 住 所  
氏 名 ㊟

次のとおり、菊川市病後児保育事業を利用したいので、主治医の連絡票を添付して申し込めます。なお、利用期間中は、実施施設の指示に従い、保育中に病状が悪化した場合には、児童を迎えに来ること及び緊急を要するときは実施施設において病院等で児童を受診させることに同意します。

|           |   |                  |                        |       |
|-----------|---|------------------|------------------------|-------|
| 利用希望施設名   |   |                  |                        |       |
| 利用希望期間    | 年 月 日から 年 月 日まで（日間）   |                  |                        |       |
| 利用希望時間    | 時 分から 時 分まで   |                  |                        |       |
| 児童の氏名     | ふりがな  | 性別<br>男・女        | 生年月日                   | 年 月 日 |
|           | 氏名  |                  | 年 齢                    | 歳 か月  |
| 通園施設      | 施設名   | 電話番号（ ）          |                        |       |
| かかりつけ医    | 医療機関名<br>担当医師   | 電話番号（ ）          |                        |       |
| 緊急連絡先①    | 住所<br>氏名  | 電話番号（ ）<br>(続柄 ) |                        |       |
| 緊急連絡先②    | 住所<br>氏名  | 電話番号（ ）<br>(続柄 ) |                        |       |
| 今回の病気について | 病 名   | 今朝の体温            |                        | ℃     |
|           | 現在の症状（当てはまるものに○を付けてください）<br>発熱 発疹 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 吐き気<br>食欲低下 頭痛 目やに その他（ ）   |                  |                        |       |
|           | 通園施設等欠席期間   |                  | 年 月 日から（日間）            |       |
|           | 処方薬を受けている（いる・いない）   |                  | 市販薬を飲んで（いる・いない）        |       |
| 栄養方法      | <input type="checkbox"/> 授乳中（母乳・人工・混合 1回 cc× 回）<br><input type="checkbox"/> 離乳食（ドロドロ・舌でつぶせる・歯茎でつぶせる・歯で噛める）<br><input type="checkbox"/> 普通食 アトピー等による食事制限（必要・不必要） |                  |                        |       |
| 食事状況      | 全面介助・一人で食べるがかなりこぼす・一人で食べる（箸・スプーン）   |                  |                        |       |
| 行 動       | 寝ている・首がすわっている・寝返る・座る・はう・立つ・伝い歩き・歩行自由  |                  |                        |       |
| 排 泄       | おむつ（排泄 教える・教えない）・時々おもらし・自立  |                  |                        |       |
| アレルギーの有無  | 有・無   | 熱性けいれんの有無        | 有・無 けいれん予防用坐薬投薬の体温 度以上 |       |
| 備 考       |   |                  |                        |       |

【添付書類】菊川市病後児保育利用連絡票（様式第3号）

投薬が必要な場合は投薬依頼書及びおくすり手帳のコピー

※保護者負担額は、病後児保育室に登園の際、必ず先に実施施設に支払うこと。