

水戸市病児保育事業利用申請書

水戸市長 様

この申請書は、利用する際に記入し、スワン保育園に提出して下さい。

(平成 年 月 日 記入)

利用希望年月日	平成 年 月 日	午前・午後	時 分	から	平成 年 月 日	午前・午後	時 分	まで	日間
ふりがな お子さんの氏名				男・女	生年月日 平成 年 月 日生	年齢 歳 ヶ月			
通所(園)している 保育所・幼稚園等名	電話 — —								
保 護 者	父・氏名				勤務先等名				
	母・氏名				勤務先等名				
	自宅住所	(〒 —)			電話	— —			
緊 急 連 絡 先	1	父・母・祖父・祖母	電話番号	—	—				
	2	父・母・祖父・祖母	電話番号	—	—				
	3	父・母・祖父・祖母	電話番号	—	—				
お迎え予定者	関係 ()								
主な症状 (○印をおつけ下さい) 発熱 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ せき ・ 喉 ・ 気管支がぜいぜい ・ 発疹 その他 (具体的にお書き下さい) ○印・記入 [病児保育事業の利用は (はじめて ・ 回目)]									
いつからこの症状が始まりましたか。経過をお書き下さい。									
昨日から今朝にかけての症状についてお書き下さい。 昨日から今朝にかけて解熱剤を使用しましたか。(使用した ・ 使用していない)									

※ 裏面も記入願います。

医師より別紙の説明を受けた上で、病児保育を申し込みます。

平成 年 月 日

保護者署名

印

児童氏名 _____

この病気について、次のことについて分かっている範囲でお答え下さい。

● 病名が分かっている場合は○印

感冒・感冒様症候群・咽頭炎・扁桃腺炎・気管支炎・喘息・喘息様気管支炎
消化不良症・感冒性嘔吐症・自家中毒症・中耳炎・外耳炎・結膜炎・とびひ
突発性発疹症・手足口病・りんご病（伝染性紅斑）・おたふくかぜ・はしか
水ぼうそう・百日咳・風疹
その他（具体的に _____）

● 病状について（該当する番号に○印）

- 1 急性期（発熱等）
- 2 回復期（下熱・微熱等）

● 安静度について（該当する番号に○印）

- 1 ベッド安静
- 2 隔離室で隔離
- 3 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可）
- 4 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）

● お薬をもらっている場合

いつから内服していますか（ _____ 日前から服用）
薬の内容は _____ 抗生物質・かぜ薬・解熱剤・下痢止め・吐き止め
_____ その他（具体的に _____）
内服の際に気をつけて欲しいこと
〔 _____ 〕

主治医（かかりつけの医師・医療機関）名 _____		電話 _____	
直近の診察日 _____ 月 _____ 日（ ）	次回診察予定日 _____ 月 _____ 日（ ）		
食 事 ○ 印	ミルク・牛乳のみ・幼児食・下痢食 離乳食（前期・中期・後期） 順調・心配あり アレルギー食（除去内容 _____） 食事制限の指示を主治医等から受けている場合は、具体的にお書き下さい。		
その他	体質（薬物アレルギー等）やくせなど心配なこと・配慮してほしいことについて 具体的にお書き下さい。		
	最近、保育所（園）や幼稚園、又は、近所で流行している病気がありますか。		