

病児保育事業利用申請書

つくばスマイル保育園 園長

令和 年 月 日 記入

ふりがな お子さんの氏名			男・女	生年月日 年齢	年 月 日 歳 月 日	生 日
住所			電話番号 — —			
保護者名	父・氏名	ふりがな		勤務先名		
		電話番号		電話番号		
	母・氏名	ふりがな		勤務先名		
		電話番号		電話番号		
保護者以外の 緊急連絡先		氏名	関係性	電話番号		
利用希望年月日		令和 年 月 日 ()		午前・午後	時 分	から
		令和 年 月 日 ()		午前・午後	時 分	まで 日間
お迎え予定者		関係 ()				
○お子さんの症状はいつからはじまりましたか？経過を記載してください。						
○病名が分かっていたら記入をお願いします。						
○昨日から今日にかけての症状をについて書いて下さい。						
朝のお熱		℃	解熱剤の使用		有 (/ 時 分) ・ 無	
○お薬はもらっていますか 有 ・ 無						
薬の内容→風邪薬・抗生剤・咳止め・吐き気止め・整腸剤						
その他 ()						
薬の飲ませ方→そのまま・水に溶く						
その他 ()						
食事	ミルク(1回 ml 時間おき)					
	離乳食(前期・中期・後期・完了)、幼児食、その他 ()					
	アレルギー食(除去内容					
その他	体質(薬物アレルギー、食物アレルギーなど)や、くせなど心配なこと・考慮してほしいことについて具体的にお書きください。					

医師より説明を受けた上で、病児保育を申し込みます。

令和 年 月 日

保護者署名 _____ (