

# 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	記入 生年月日 歳 月 日
住所				電話番号	— —
保護者名	父・氏名	ふりがな 電話番号		勤務先名 電話番号	
	母・氏名	ふりがな 電話番号		勤務先名 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	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。					
○病名が分かっている場合は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 \_\_\_\_\_ (