様式１

病　児　保　育　事　業　利　用　申　請　書

令和　　年　　月　　日

ちびっこの保育園　病児室　様

申請者　住　所　　宇都宮市

（保護者）

氏　名

病児保育事業の利用について，次のとおり申請します。

ふりがな 児童氏名		生年月日	年　月　日生 （　歳　か月）	お子さまの愛称
利用期間	令和　年　月　日から　令和　年　月　日まで　「　」日間			
保育園等名称		主治医名	TEL	
自宅電話	（　）	緊急連絡先	（　）	

続柄	氏名	生年月日	勤務先名称　及び　連絡先
保護者１			TEL
保護者２			TEL
			TEL
			TEL

○　お子さまの病気について

・　症状（あてはまるものに○をつけてください。）

発熱・発疹・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・吐き気・頭痛・その他（　）

・　いつからこの症状がはじまりましたか。　月　日

・　お薬をもらっている場合　いつから内服していますか（　日前から内服）

お薬の内容は　（抗生物質・ かぜ薬 ・解熱剤 ・吐き気どめ）

その他（具体的に　）

・　常時内服している薬はありますか。（　無・有　内服薬の名前，回数　）

・　アレルギー　（　無・有　）

・　その他（　）

○　食事の状況（離乳の状況・食事制限・アレルギーのため除去食等）

○　体質やくせなど心配なこと，配慮してほしいこと（熱性けいれん・薬物アレルギー・経過観察中の病気等）

○　予防接種について（接種済に○をつけてください）

・インフルエンザ菌ｂ型（Ｈｉｂ）　・小児肺炎球菌　・Ｂ型肝炎　・水痘　・麻しん(はしか) 風しん

・四種混合（ポリオ，破傷風，百日ぜき・ジフテリア）　・日本脳炎　・ロタウイルス　・流行性耳下腺炎

・その他（　）

児童を看護できない理由

１　勤務の都合　２　傷病　３　事故　４　出産　５　その他（　）

世帯区分	※　該当する場合は○をつけてください。 １生活保護世帯　２市民税非課税世帯　３婚姻歴のないひとり親家庭