

登録番号	R ー
------	----------

西会津町病後児保育事業利用申請書

年 月 日

西会津町長 様

申請者 住所
(保護者) 氏名
電話

西会津町病後児保育事業を利用したいので、西会津町病後児保育事業実施要綱第7条の規定により、主治医の利用連絡票を添付して申請します。

ふりがな		男 ・ 女	生 年 月 日 ・ 組	
児童氏名			年 月 日 (組)	
保育当日の緊急 連絡先	氏名： (続柄)	氏名： (続柄)		
	電話：	電話：		
利用理由 (保護者の状況)	①就労 ②疾病 ③事故 ④出産 ⑤冠婚葬祭 ⑥その他			
かかりつけの 医療機関(主治医)	医療機関名： 担当医師： 所 在 地： 電 話：			
利用期間	年 月 日 ～ 年 月 日 (日間)			
今回の病気につ いて	病名： 今朝の体温 度			
	現在の症状（当てはまるものに○をつけてみてください）			
	発熱 発しん 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 下痢 吐き気 食欲低下 頭痛 めやに その他 ()			
	処方薬を受けている (いる ・ いない)			
	病後児保育室で与薬を希望する場合は、与薬依頼書を記入して提出してください。			
食事の状況	①全面介助 ②一人で食べるがかなりこぼす ③一人で食べる（はし スプーン）			
排泄の様子	①おむつ（排泄教える 教えない） ②時々おもらし ③自立			
アレルギーの有無	①有 () ②無			
注意事項				