

病児・病後児保育事業利用申請書

年 月 日

日田市長 様

申請者 保護者氏名 ㊟
 住 所

次のとおり、(病児 病後児) 保育事業の利用を申請します。

利用希望施設名	<input type="checkbox"/> 中央病院(病児) <input type="checkbox"/> 丸の内こども園(病後児) <input type="checkbox"/> おおやまこども園(病後児)		
児 童 氏 名			愛称()
生 年 月 日	年 月 日生	年 齡	歳 月
申請する利用の期間	年 月 日 ~ 年 月 日までの 日間		
緊急連絡先	連絡者(氏名)	続柄	電話番号(自宅・勤務先)
	①		TEL () TEL () -
	②		TEL () TEL () -
	③		TEL () TEL () -
保育の状況	<input type="checkbox"/> 保育園に通園中 () 保育園 TEL ()		
	<input type="checkbox"/> 認定こども園に通園中 () TEL ()		
	<input type="checkbox"/> 託児所等に通園中 () 保育園・託児所 TEL ()		
	<input type="checkbox"/> その他(小学校等) ()		
通院の状況	・病 院 名 _____		
	・病 名 _____ ・通院期間 年 月 日~		
	現在服薬中の薬 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 昼食時の薬 (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)		
	<input type="checkbox"/> 処方薬 (<input type="radio"/> 食前 <input type="radio"/> 食中 <input type="radio"/> 食後) <input type="checkbox"/> 市販薬 []		
保護者連絡事項	・昼食について ※病児保育を利用する場合はお弁当持参となります。 <input type="checkbox"/> お弁当持参 <input type="checkbox"/> 給食を利用 (除去食の有無について <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)		
	・食事について		
	<input type="checkbox"/> 哺乳 (<input type="radio"/> 母乳 <input type="radio"/> 人工乳 <input type="radio"/> 混合)		<input type="checkbox"/> 離乳食 (<input type="radio"/> ドロドロ <input type="radio"/> つぶつぶ <input type="radio"/> あらみじん)
	<input type="checkbox"/> 幼児食	<input type="checkbox"/> 普通食(要介助)	<input type="checkbox"/> 普通食(自立) (<input type="radio"/> スプーン <input type="radio"/> フォーク <input type="radio"/> お箸)
	・排泄について <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 自立		
	・アレルギーについて <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【 卵 大豆 牛乳 その他() 】		
	・好きな遊び ()		
	・好きなおもちゃ ()		
利用希望の理由	【施設の利用を必要とする理由を具体的に記入してください】 _____ _____ _____		

※ 「排泄」でオムツを利用している場合、施設内では「紙オムツ」の利用となります。