

病後児保育事業利用申請書

登録No.

年 月 日

肝付町長 様

住所
氏名
電話

次のとおり肝付町病後児保育事業の利用を申請します。なお、利用期間中は実施施設の判断により、体調の変化があった場合、病後児保育を中断あるいは中止し、必要に応じて医療機関において、医療を施すことについて了承します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
児童名 (男・女)			
就学前施設・小学校名			
緊急連絡先	氏名 (続柄)	連絡先	
	氏名 (続柄)	連絡先	
希望期間・時間			
病気の経過等	1.発熱(℃) 2.下痢 3.嘔吐 4.せき 5.鼻水 6.発疹 7.湿疹 8.その他() ・薬の服用 なし ・ あり 薬名()		

病後児保育医師連絡票	
病 名	
安静度 (該当に○)	1.隔離(要 ・ 不要) 2.安静度 (1.ベットでの生活、他児との静かな遊びは良い) (2.他児と室内で普通に遊んで良い) 3.その他
指示事項	
年 月 日 医療機関 所在地 電話 医師名 印	

※医療機関での受診および病後児保育利用時には、母子手帳をご持参ください。