

病児・病後児保育利用申込書

年 月 日

(宛先) 南砺市長

申請者 住所 南砺市
(保護者) 氏名
電話

病児・病後児保育の利用を希望するので、次のとおり申し込みます。

ふりがな		性別	生年月日(年齢)		通園中の園名
児童氏名		男 女	年 月 日(歳 か月)		保育園 幼稚園
利用期間	年 月 日 から 年 月 日 まで				
利用希望	<input type="checkbox"/> 病児保育		利用時間	時 分 ~ 時 分	
	<input type="checkbox"/> 病後児保育(保育園)		お迎えに来る方の氏名	① (続柄)	
保育ができない理由	<input type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> その他()			② (続柄)	

緊急連絡先 *お子さんの容体に変化があった場合などに連絡します。必ず連絡がとれる連絡先をお書きください。

順位	氏名(ふりがな)	続柄	連絡先の名称	電話番号
1			<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先()	
2			<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先()	
3			<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先()	
4			<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 携帯 <input type="checkbox"/> 勤務先()	

緊急時等に受診を希望される医療機関名	①	②	*但し、救急時一番近い医療機関へ搬送することがあります
--------------------	---	---	-----------------------------

健康	「病児・病後児保育事業登録申請書」提出以降に罹った感染症やけいれん、アレルギーがあれば記入 <input type="checkbox"/> 感染症 () () () <input type="checkbox"/> けいれん 起こった時期 年 月 起こった回数 回 <input type="checkbox"/> アレルギー アレルゲン: アナフィラキシー 無・有 その他
食事	<input type="checkbox"/> ミルク 1回 () ml / ()時間おき 1日 ()回 <input type="checkbox"/> 離乳食 (初期 ・ 中期 ・ 後期 ・ 完了期) 1日 ()回食 <input type="checkbox"/> 牛乳未摂取 <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> アレルギー除去食 (除去が必要な食材) *内容により対応できない場合があります 食事状況: 全介助 ・ スプーン ・ 箸 ・ コップ ・ マグカップ ・ ストロー ・ 哺乳瓶 好きな食べ物: 嫌いな食べ物:
排泄	<input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> その他の配慮 ()
午睡	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する 午前 (: ~ :) 午後 (: ~ :) <input type="checkbox"/> 一人で <input type="checkbox"/> 関わりが必要 トントン ・ 添い寝 ・ 抱っこ ・ おんぶ ・ その他 ()
遊び	好きな遊び:
その他	癖や体質など配慮が必要なこと