

芳賀町病児保育事業利用申請書

年 月 日

芳賀町長

様

申請者 住 所 芳賀町  
(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	年 月 日から 年 月 日まで 「 」日間			
保育園等名称		主治医名	TEL	
電話	( )	緊急連絡先	( )	
続柄	氏 名	勤務先名称 及び 連絡先		
保護者 1		TEL		
保護者 2		TEL		
		TEL		
		TEL		
<input type="checkbox"/> お子さまの病気について <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 症状 (当てはまるものに○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 ( )</li> <li>・ いつからこの症状がはじまりましたか。 月 日</li> <li>・ 投薬をうけていますか。(いない・<u>いる</u> )</li> <li>・ 常備薬をのんでいますか。(いない・<u>いる</u> )</li> <li>・ アレルギー ( 無・<u>有</u> )</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul> <input type="checkbox"/> 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)  <input type="checkbox"/> 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)  <input type="checkbox"/> 予防接種について (接種済に○をつけてください) <ul style="list-style-type: none"> <li>・ インフルエンザ菌 b 型 (H i b) ・小児肺炎球菌 ・ B 型肝炎 ・水痘 ・麻しん(はしか) 風しん</li> <li>・ 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</li> <li>・ その他 ( )</li> </ul>				
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※	1 生活保護世帯 2 市町村民税非課税世帯 3 その他の世帯			