

令和 年 月 日

病児保育事業利用申込書

アルベロ保育園 園長様

申請者 住所 _____
(保護者) 氏名 _____ (印)
児童との続柄 ()
電話番号 _____

病児保育事業の利用について、次のとおり申し込みます。

ふりがな		性別		生年月日 (年齢)	
児童氏名					
通園保育所等					
申込の理由 (家庭で保育できない理由)	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ()				
利用申込日	年 月 日				
児童の送迎 (予定)	入所時間	:	頃連れてくる方の氏名		(続柄)
	退所時間	:	頃連れてくる方の氏名		(続柄)
当事業利用状況	<input type="checkbox"/> 初めての利用 <input type="checkbox"/> 利用したことがある (いつ頃)				

病気の症状について いつからですか? () 主な症状 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 喘息症状 <input type="checkbox"/> 発疹 その他症状 () 常時内服している薬はありますか? 有・無 内服している薬 () 食べ物アレルギーはありますか? 有・無 () 解熱剤を使用しましたか? <input type="checkbox"/> 使用した (時頃) <input type="checkbox"/> 使用していない 病児保育中に解熱剤を使用する状況:

- 注 1 欄については、該当項目にレ印を記入して下さい。
2 母子手帳、健康保険証及び薬剤情報提供書 (お薬手帳) を持参してください。

(裏面あり)

(裏面) 母子手帳参照可

病児保育事業利用申込書 (児童連絡事項記入欄)				
予 防 接 種 歴	BCG	未・済	水ぼうそう	未・1・2
	ポリオ (不活化)	未・1・2・ 3・追加	おたふくかぜ	未・1・2
	ポリオ (生ワクチン)	未・1・2	日本脳炎	未・1・2・追加
	三種混合	未・1・2・ 3・追加	麻しん 風しん	未・1・2
	四種混合		ロタウイルス	未・1・2・3
	ヒブ	未・1・2・ 3・追加	B型肺炎	未・1・2・3
	小児肺炎球菌	未・1・2・ 3・追加	その他	

感染病歴	麻疹 (はしか) : 歳 ヶ月 水痘 (水ぼうそう) : 歳 ヶ月 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ、ムンプス) : 歳 ヶ月 その他 :
現病歴	熱性けいれん : 有 無 いつ頃 : どのような状況で : けいれん発作の様子 : 座薬の有無 : 発作発生時の対応 : 救急車

・好きなキャラクター

・好きな遊び

・普段の入眠方法

・呼び名

・言葉の発達状況

・通所保育所等で流行している疾患

・排泄の自立状況

・アレルギーの有無