

様式第2号（第6条関係）

佐用町病児・病後児保育事業利用申請書

年 月 日

（実施施設長） 様

病児・病後児保育事業を利用したいので、申し込みます。
 利用期間中は、実施施設の指示に従います。また、子供の状態が変化して対応が困難になったときは、
 病児・病後児保育事業の利用中止に同意します。

申請者氏名 (保護者)	⑩		住 所		
			連絡先		
ふりがな 児 童 名			性 別	生年月日	年 齢
			男・女	年 月 日	歳 ヶ月
緊急連絡先 (確実に連絡が とれるところ)	第1連絡先	(氏名)	(続柄)	(連絡先)	
	実施施設への所要時間	約 分(移動手段:)		(携帯電話)	
	第2連絡先	(氏名)	(続柄)	(連絡先)	
	実施施設への所要時間	約 分(移動手段:)		(携帯電話)	

利用期間・時間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)
	時 分 ~ 時 分
お迎えに来る人	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()

病 名	
病気の経過	
現在の主な症状	
熱性けいれんの有無	<input type="checkbox"/> 有 (°C以上) (回) <input type="checkbox"/> 無
アレルギー体質の有無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
与薬の依頼	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 (時) <input type="checkbox"/> 食後) ・与薬内容 () <input type="checkbox"/> 無
現在の食事について	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合 (1回 _____ cc × _____ 回) <input type="checkbox"/> 離乳食 (<input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期) <input type="checkbox"/> 幼児食 (<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食) <input type="checkbox"/> アレルギー食 (除去内容:)
食事状況	<input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一人で食べられるがかなりこぼす <input type="checkbox"/> 一人で食べられる (はし・スプーン)
発達状況	<input type="checkbox"/> 座る <input type="checkbox"/> はう <input type="checkbox"/> 立つ <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 歩行自由
排せつの様子	<input type="checkbox"/> おむつ (<input type="checkbox"/> 伝えられる <input type="checkbox"/> 伝えられない) <input type="checkbox"/> 時々おもらし <input type="checkbox"/> 自立
睡眠の様子	夜 時 ~ 朝 時 お昼寝 時 ~ 時