

伊丹市病児・病後児保育事業利用申込書

伊丹市長 宛

申込日 年 月 日

申込者(保護者)

住所	(〒 -)
氏名	※ (※本人が自署しない場合は、記名押印してください。)
電話番号	(自宅) (携帯)

次のとおり、伊丹市病児・病後児保育事業を利用したいので、主治医の医師連絡票を添付して、申し込みます。
 なお、利用期間中は、実施施設の指示に従います。 ※ 事前の予約が必要です。

※下記該当する事項□にチェック願います。さらに該当する項目に○又は必要事項を記載してください。

フリガナ		性別	生年月日	年 月 日
児童の氏名		男・女	年 齢	歳 か月
通園・通学施設等 について	<input type="checkbox"/> 保育所、幼稚園、学校等に通園(通学)している。 <input type="checkbox"/> 通園(通学)していない。 (施設名: Tel:)			
利用理由 (保護者の状況)	<input type="checkbox"/> 勤務の都合 <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()			
利用時間	時 分 ~ 時 分	お迎え予定者 (続柄)		
	時間厳守をお願いします。			
利用予定期間	申請時	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
主治医	医療機関名			
	担当医師		Tel:	
緊急連絡先	氏名	児童との続柄	電話番号	
	勤務先 住所			
	氏名	児童との続柄	電話番号	
	勤務先 住所			
	住所			
今回の病気 について	病 名		今朝の体温	℃(平熱 ℃)
	現在の症状 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発しん <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> その他()			
	保育所・幼稚園・学校等を休んだ期間 年 月 日から (日間)			
	処方箋を受けて(□いる・□いない) お預かりできる薬は、今回の医師連絡票に記入の薬及び既往症に係る薬に限ります。薬の説明書をお持ちください。			
栄養方法	<input type="checkbox"/> 授乳中 (□母乳 <input type="checkbox"/> 育児用ミルク <input type="checkbox"/> 混合 1回 cc× 回) <input type="checkbox"/> 離乳食 (□どろどろ <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> 歯茎でつぶせる <input type="checkbox"/> 歯でかめる) <input type="checkbox"/> 普通食 アレルギー等の食事制限(□あり □なし)			
食事状況	<input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一人で食べるがかなりこぼす <input type="checkbox"/> 一人で食べる(はし・スプーン)			
保育上、注意が必要なことがあれば記入してください。				

※ アレルギー食については対応していませんので弁当をご持参ください。