

## 境町病児保育事業利用申込書

年 月 日

境町長 様

病児保育事業を利用したいので、境町病児保育事業実施要綱第12条の規定により、病児保育事業の利用にあたり、下記の事項について誓約します。

- 1 遊徳保育園病児保育室を利用したいため、主治医の医師連絡票を提出し申し込みます。
- 2 病児保育の利用中は、提携医療機関の指示に従います。
- 3 病児保育中に新たな診察が必要となった場合は、提携医療機関の診察や処置を受けることに承諾します。また、その診察費用は、保護者が負担します。
- 4 児童の状態が変化して病児保育が困難となった時、提携医療機関が利用を不相当と認めた時は、利用を中止することに同意します。
- 5 他の疾患の児童と同室で保育室を利用することに承諾します。これに起因する結果について、保育園及び提携医療機関が責任を負わないことを理解し、承諾します。
- 6 病児保育に起因する結果について、いかなる責任も保育園及び提携医療機関が負わないことを理解し、承諾します。

(保護者)

氏名 \_\_\_\_\_ 印

住所 \_\_\_\_\_

(児童)

ふりがな 氏名	生年月日	
	年	月 日( 歳 月)
保育所等名	保育所・認定こども園・幼稚園 事業所内保育所	

(緊急連絡先)

		氏名	続柄	緊急連絡先
保護者	①	携帯	— —	勤務先
				電話番号 — —
	②	携帯	— —	勤務先
				電話番号 — —

(利用状況)

利用期間	年 月 日 ~ 月 日		
病名			
かかりつけ病院	名称		
	住所	電話 — —	
保護者の理由	1.勤務の都合 2.傷病 3.事故 4.出産 5.冠婚葬祭 6.その他		

登録日： 年 月 日 登録番号：

(表面)

利用児童状況の確認

お迎え時間	時 分 ※お迎え時間変更の際はご連絡下さい		
お迎え者氏名		続柄	
今朝の体温	度 機嫌 (よい・だるそう・ぐずり気味・興奮)		
睡眠	時 ~ 時 (良く眠れた・あまり眠れていない)		
鼻水	多・中・少・なし	呼吸	早い・浅い・ぜいぜい
			ヒューヒュー・その他( )
咳	多・中・少・なし 様子( )	排泄	尿 多・普通・少(最終 )
			便 普通・軟便・水様下痢(最終 )
水分量	昨夜 普通・少量	嘔吐	昨夜 無・有( 回)
	今朝 普通・少量		今朝 無・有( 回)
発疹	無 ・ 有 (どこに いつから )	食事	昨夜 普通・少量・食べられない 食べたもの( )
痛み	無 ・ 有 (どこに いつから )		今夜 普通・少量・食べられない 食べたもの( )
翌日の利用希望	希望する ・ 希望しない ・ 予定利用時間( 時 分 ~ 時 分)		
翌日の保護者の理由	1.勤務の都合 2.傷病 3.事故 4.出産 5.冠婚葬祭 6.その他		
家庭での様子・質問などご記入ください			

○以下は該当する方のみご記入ください

熱さまし	飲み薬・座薬 使用した時間( 時 分)	吸入	無 ・ 有 吸入した時間 ( 時 分) ( 時 分)
吐き気止め	飲み薬・座薬 使用した時間( 時 分)		
けいれん止め	飲み薬・座薬 使用した時間( 時 分)		

<p>【利用料金の確認】 ( )生活保護世帯に該当する ( )市町村民税非課税世帯に該当する</p> <p>※住所が町内にあり上記に該当する場合は、減免となる場合があるので ( ) に○をつけてください。</p>
--

(裏面)