

## 病児保育申込書

年 月 日

|            |             |    |             |              |
|------------|-------------|----|-------------|--------------|
| ふりがな<br>名前 |             |    | 生年月日        | 年 月 日        |
| 園・学校       |             |    |             |              |
| かかりつけ病院    |             |    |             |              |
| 基礎疾患       | あり ( ) ・ なし |    |             |              |
| 保護者氏名      |             |    |             | 市民税<br>非課税世帯 |
| 住所         |             |    |             | 該当           |
| 連絡先1       | 氏名          |    | 続柄          |              |
|            | 携帯          |    |             |              |
|            | 職場          |    | ( )         |              |
| 連絡先2       | 氏名          |    | 続柄          |              |
|            | 携帯          |    |             |              |
|            | 職場          |    | ( )         |              |
| お迎え予定時間    | 時           | 分頃 | お迎えに来る方 ( ) |              |

※下記は記入しないでください。

|      |  |           |         |
|------|--|-----------|---------|
| 確認欄  | 医師   | 看護師       | 保育士     |
|      | 印  | 印         | 印       |
| 診断日  |  |           |         |
| 診断名  |  |           |         |
| 指 示  |  |           |         |
| 保育可否 | 可 ・ 否  | アレルギー     | あり ・ なし |
| 利用日数 | 1 2 3 4 5  | 利用<br>開始日 | / ( )   |
| 部 屋  | ちゅーりっぷ ・ たんぼぼ ・ さくら / ひまわり ・ すみれ   |           |         |
| 備 考  | ・ 当院からの処方 あり ( 朝～ ・ 昼～ ) / なし<br>・ 持参した薬 続ける / 停止<br>病院名 ( )<br>・ 解熱剤 処方 / 持参<br>・ 吸引 / 吸入<br>・ 検査 あり ( ) / なし |           |         |