

いの町長 様

申請者 住所

(保護者) 氏名

(児童との続柄: )

いの町病後児保育施設利用申請書兼同意書

下記によりいの町病後児保育施設を利用したいので、別紙主治医の診療情報提供書(利用連絡票)を添付の上、申請します。

児童	住所			
	氏名		男・女	年 月 日生( 歳 箇月)
利用希望期間	年 月 日から 月 日まで 日間			
自宅の電話	— —		かかりつけ医の名称	
			電話番号	— —
緊急連絡先	①	(続柄 )	②	(続柄 )
お子さんを家庭で看護できない理由	1. 保護者の勤務の都合 2. 傷病 3. 事故又は災害 4. 出産 5. その他の理由( )			
お子さんの今回の病気について、あてはまるもの全てに○を付け、必要なところをご記入ください。				
主な症状	発熱 発疹 せき のどの痛み 喘鳴 腹痛 下痢 嘔吐 頭痛 けいれん 食欲低下 目やに とびひ 喘息発作 その他( )			
お子さんの様子について、あてはまるものに○を付け、必要なところをご記入ください。				
	昨夜		今朝	
熱	(時間) :	( )°C	(時間) :	( )°C
食欲	有 ・ 無		有 ・ 無	
	※無の場合、食べられる物( )			
睡眠	良 ・ 普 ・ 悪		良 ・ 普 ・ 悪	
機嫌	良 ・ 普 ・ やや悪 ・ 悪		良 ・ 普 ・ やや悪 ・ 悪	
便	普 ・ 固 ・ 軟 ・ 下痢		普 ・ 固 ・ 軟 ・ 下痢	
	回数( 回)		回数( 回)	
嘔吐	無 ・ 有(有の場合: 回)		無 ・ 有(有の場合: 回)	
食事の状況(離乳の状況・食事制限・アレルギーのための除去食等)、体質やくせなど心配なこと、配慮してほしいこと(薬物アレルギー・既往症等)がありましたらお書きください。				
同意事項 ( <input checked="" type="checkbox"/> してください。 )				
<input type="checkbox"/> いの町病後児保育施設利用申請にあたり、世帯の町民税の課税状況及び住民基本台帳による世帯状況等を調査することに同意します。 <input type="checkbox"/> 病状が急変又は悪化した場合、そらいろからの連絡により迎えに来ることに同意します。 <input type="checkbox"/> 保育中に病状の急変等があった場合、保護者の方に連絡し承諾を得て、いの町立仁淀病院で治療・処置を行います。連絡がつかなかった場合でもこれを行うことに同意します。(その際の治療費は別途請求となりますが、保険証を使つての治療になりますのでご了承ください。)				