

水戸市病後児保育事業利用申請書

水戸市長様

この申請書は、利用する際に記入し、堀あさひこども園に提出して下さい。

○印・記入【病後児保育事業の利用は(はじめて・回目)】お迎え予定者氏名: _____ 関係()

利用希望年月日		令和 年 月 日 午前・午後 時 分から	令和 年 月 日 午前・午後 時 分まで		
フリガナ				男・女	生年月日平成・令和 年 月 日
園児・児童氏名					年齢: 歳 ヶ月
通所(園・学)している保育所・幼稚園・学校等					電話 — —
保護者	父氏名			勤務先等名電話	— —
	母氏名			勤務先等名電話	— —
	自宅住所	(〒 - -)		電話	— —
緊急連絡先	順序	連絡先	関係	連絡先名	電話番号または携帯電話
	①				— —
	②				— —
	③				— —

現在の病状について、次の項目に分かっている範囲でお答えください。

● 病名・診断名が分かっている場合は選択してください(当てはまるもの全てに○を付けてください。)

[感冒・気管支炎・喘息・急性胃腸炎・中耳炎・アデノウイルス・手足口病・とびひ、突発性発疹・りんご病(伝染性紅斑)・
おたふくかぜ・百日咳・風疹・はしか水ぼうそう・RS ウイルス・インフルエンザ・ノロ、ロタウイルス・マイコプラズマ・溶連菌・
尿路感染症・その他()]

●いつからこの症状が始まりましたか。具体的に経過をご記入ください。

●昨日から今朝にかけての症状について具体的にご記入ください。(解熱剤の使用: あり・なし)

●症状に関して医師からの指示がある場合はご記入ください。(食事制限、活動・安静の指示など)

●薬の服用: あり・なし ※ありの場合、詳細は与薬依頼書にご記入し、提出をお願いします。

主治医(かかりつけの医師・医療機関名)		電話 — —		
直近の診察日: 月 日 曜日		次回診察予定日: 月 日 曜日		
その他	アレルギー体質についてあてはまるものがある場合は、○印・ご記入ください。 ①アレルギー性鼻炎 ②アトピー性皮膚炎 ③アトピー性結膜炎 ④食物アレルギー() ④ 気管支喘息 ⑤その他() 上記で服用している薬があれば、薬剤名をご記入ください。() 心配なこと・配慮してほしいことについて具体的にご記入ください。			

※記入漏れのないようお願い致します。