

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。								
<p>● 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。)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> 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() </div> <p>●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。</p> <p>●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)</p> <p>●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)</p> <p>●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。</p>								
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。