

様式第2号 (第6条関係)

年 月 日

病児保育事業利用申込書

日向市長 様

保護者 住所 _____
 氏名 _____ 印

病気であり、家庭での保育が困難なため、病児保育事業の利用を申し込みます。

1 基本事項 (保護者記入欄)

利用 児童	ふりがな 氏 名	男 女 (愛称)	生年月日	年 月 日生 () 歳
連絡先 に○ 保護者 (優先)	氏 名		勤 務 先	
	携帯(必須)		電話(必須)	
	氏 名		勤 務 先	
	携帯(必須)		電話(必須)	
除去中の食物	なし・あり ()			
使用不可の薬	なし・あり ()			
利用期間 (予定)	年 月 日～ 月 日まで (日間)			
お迎え予定	(時 分) 頃に、 母・父・祖母・祖父・(その他) が迎えに来る。			

2 症状 (保護者記入欄)

該当する症状に✓印を記入し、()内は、いつからかを記入してください(例: 2日前から)。

<input type="checkbox"/> 嘔吐 ()	<input type="checkbox"/> 咽頭痛 ()	<input type="checkbox"/> 発熱 ()
<input type="checkbox"/> 頭痛 ()	<input type="checkbox"/> 食欲低下 ()	<input type="checkbox"/> 咳 ()
<input type="checkbox"/> 腹痛 ()	<input type="checkbox"/> 下痢 ()	<input type="checkbox"/> 発疹 ()
その他 (気になることや要望があれば記入してください。)		

3 診療情報 (かかりつけ医療機関記入欄)

診察時の診断名又は疑い病名 〔 _____ 〕
特記事項 (何か特別な指示がございましたら記入してください。) 〔 _____ 〕
年 月 日 医師名又は医療機関名 _____