

病児・病後児保育利用申込書

(提出先)

川越市長

申込者 住所 _____
 (保護者) 氏名 _____
 電話番号(自宅) _____

病児・病後児保育の利用について、次のとおり申込みます。

| | | | | |
|-------------------------|---|--------------------------------|-------|----|
| 児童氏名 | ふりがな 愛称 () | 男・女 | 体 重 | kg |
| 生年月日 | 年 月 日 (歳 ヶ月) | 当日朝体温 | ℃ | |
| 緊急連絡先 | ふりがな 氏 名 | 電 話 番 号 | | |
| | 父・母・その他 () | ※ 確実に連絡できる電話番号を記入 携帯・自宅・勤務先 | | |
| お迎えされる方 (レ印) | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 通園・通学 先の名称 | | | | |
| 主治医名 | 医療機関名、医師名等 | | | |
| | 電話番号 | | | |
| 病 名 | [服薬 あり・なし] | 初 診 日 | 年 月 日 | |
| 児童を看護 できない理由 (レ印) | <input type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 通学 <input type="checkbox"/> その他 () | | | |
| 前年分市民税 課税状況 (レ印) | <input type="checkbox"/> 課税 (利用料を施設にお支払いください。) <input type="checkbox"/> 前年分市町村民税非課税又は生活保護受給者 (窓口に非課税証明書又は生活保護受給者証を提示した場合無料となります。) | | | |
| 添付書類 (レ印) | <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 (病児・病後児保育利用連絡書) ※医師に記入を依頼してください。 | | | |
| 同意事項 (重要) | 病児・病後児保育の利用にあたり、下記のことについて同意します。 ①世帯の課税状況等について、川越市長が課税台帳等により確認すること。 ②利用時に児童の容態が悪化した場合は、実施施設が保護者の同意を得て医療機関での受診、治療を行うこと。 ③容体急変時等、緊急時に保護者に連絡が取れない場合は、実施施設が保護者の同意を得ずに、医療機関での受診、治療を行うことがあること。 ④利用料以外の、必要物品代 (おむつ等) についても負担する場合があること。 保護者署名 _____ | | | |

注 病児・病後児保育利用料 (必要物品代等を含む) は、施設に直接お支払いください。

※ 裏面にも記入してください。 (担当: こども育成課 ※実施施設を通して提出)

【既往歴、アレルギー、投薬状況、児童の様子等】

| | | | | |
|---------------|--|--|-------------------------|-----|
| 既往歴 (○囲み) | ・麻疹（はしか） ・流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） ・風疹（三日ばしか） ・その他（病名を記入してください） [] | | | |
| アレルギー (レ印) | ・食品 <input type="checkbox"/> あり（原因物質： ） <input type="checkbox"/> なし ・薬 <input type="checkbox"/> あり（原因薬品名： ） <input type="checkbox"/> なし | | | |
| 前日の様子 | 体調 (レ印) | <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い（具体的に ） | | |
| | 食事 (レ印) | <input type="checkbox"/> 朝食 <input type="checkbox"/> 昼食 <input type="checkbox"/> 夕食 <input type="checkbox"/> おやつ | | |
| | 体温 | ℃ | 就寝時間 | 時 分 |
| 投薬について | 薬の飲ませ方 | | | |
| | 解熱剤 | 投薬の有無 | 投薬している（ 日 時頃） ・ 投薬していない | |
| | | 種別 | 飲み薬 ・ 坐薬 ・ その他（ ） | |
| 普段の様子 その他 | 児童の好きな遊び、くせ、その他心配なことを記入してください。 | | | |

【当日の持ち物リスト】（実施施設確認用）

| |
|---|
| <input type="checkbox"/> 病児・病後児保育利用申込書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書・・・医師に必ず記入していただいでください。 <input type="checkbox"/> 服薬中の処方薬（飲み薬、塗り薬、解熱剤の坐薬等）及びその説明書（※市販の薬は不可） <input type="checkbox"/> ハンドタオル又はガーゼハンカチ（数枚） <input type="checkbox"/> バスタオル（2枚） <input type="checkbox"/> 着替え（肌着含む。必要枚数をお持ちください。） <input type="checkbox"/> 汚れた物を入れるビニール袋（2枚以上） <input type="checkbox"/> お弁当、おやつ、飲み物（高熱の方は多めに（500ml以上）） <input type="checkbox"/> おはし又はスプーン、コップ ○ 以下は 必要な場合お持ちください。 <input type="checkbox"/> 哺乳瓶、ミルク <input type="checkbox"/> 紙おむつ、おしりふき <input type="checkbox"/> 食事用エプロン |
|---|