

第3号様式（第12条関係）

白井市病児保育事業利用申込書

年 月 日

(宛先) 白井市長 (実施施設経由)

申込者 (保護者)	氏名		児童との 続柄		登録番号を記入
	住所				

次のとおり、白井市病児保育事業の利用を申し込みます。

児 童	ふりがな		性 別	生年月日	年 齢	
	氏 名		男・女	年 月 日	歳 月	
通 所 施設名			(その他)			
保護者 連絡先	氏 名	(続柄)		氏 名	(続柄)	
	電話番号	自 宅 携 帯		電話番号	携 帯	
	勤務先	(名称)		勤務先	(名称)	
		(電話)			(電話)	
緊 急 連絡先 (1)	(名称)		緊 急 連絡先 (2)	(名称)		
	(電話)			(電話)		
希 望 期 間	(保育期間) 年 月 日から 年 月 日 までの (日間)					
希 望 時 間	(保育時間) 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分					
かかりつけ 医療機関	有	名称	所在地			
	無	主治医	電 話			
症 状	「3日前から発熱・咳があり、現在は咳と鼻水のみ」等、具体的に記入してください。					
前日から 今朝まで の 様 子	体温	昨朝 ℃ ・ 昨夜 ℃ ・ 今朝 ℃	咳	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有		
	下痢	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (回)		嘔 吐	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (回)	
	発疹等	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 (部位 :)		喘 鳴	<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有	
	解熱剤	<input type="checkbox"/> 使用無 ・ <input type="checkbox"/> 使用有 (時 分)		その他		
与薬状況	期 間	月 日 (朝・昼・夕) ~ 月 日 (朝・昼・夕)				
	内 容	咳止め、解熱剤等、具体的に記入してください。又処方箋で薬名を併せて記入してください。				
体質等	体質、アレルギー、癖などがあれば記載してください。					
その他	※就労以外で保護者が保育できない場合は、その理由を記載してください。 ※お子さんの保育に当たり、配慮してほしいことがあれば記入してください。					