**病後児保育事業利用申込書**

　　　　　　　　　　　　　　　　様

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 利用児童氏名 | 男・女　生年月日　　年　　月　　日生(満　　　歳　　　か月) |
| 利用期間 | 令和　　年　　月　　日　～　　　月　　日(　　　　日間) |
| 現在の症状 | □発熱　□発疹　□咳　□鼻水　□喉の痛み　□けいれん　□腹痛□下痢　□吐き気　□食欲低下　□頭痛　□目やに□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 薬の有無 | 　無　・　有　　※薬の処方内容が分かる説明書を持参してください。 |
| お迎え予定者・時間 | 氏名：　　　　　　　　　　　　　　利用児童との関係（　　　　　）時間：　　　　時　　　　分ごろ |
| 利用の理由 | 就労・求職・冠婚葬祭・通院・出産・その他（　　　　　　　　　　　　　　） |
| 登録時から変更がなければ記入不要 | 登録時から変わったアレルギーの有無 | 　無　・　有　（症状　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 登録時から変わった既往歴(✔をつける) | □突発性発疹　　　　　　　　□麻疹（はしか）□咽頭結膜熱　　　　　　　　□水痘（水ぼうそう）□百日咳　　　　　　　　　　□風疹（三日ばしか）□マイコプラズマ肺炎　　　　□流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）□手足口病　　　　　　　　　□川崎病□ヘルパンギーナ　　　　　　□とびひ□伝染性紅斑（りんご病）　　□熱性けいれん□結核　　　　　　　　　　　□喘息□湿疹　　　　　　　　　　　□アトピー性皮膚炎□食物アレルギー（牛乳・卵・小麦・そば・大豆・その他　　　　）□その他 |
| 登録時から変わった予防接種歴(✔をつける) | □B.C.G（結核）　□ポリオ　　□麻疹（はしか）□風疹（三日ばしか）　□M.R（麻疹・風疹混合）　□日本脳炎□D.P.T（ジフテリア・百日咳・破傷風３種混合）　□水痘（水ぼうそう）□２種混合（ジフテリア・破傷風）　□流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）□インフルエンザ　　□Hib　□小児用肺炎球菌□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 登録時から変わった緊急連絡先 | □保護者連絡先　（会社名等）　　　　　　　　　　電話　児童との続柄：　　 |

医師の診察を受け、説明を受けた上で病後児保育を申し込みます。なお、予測できない状況が起こる可能性が

高いこと、投薬による危険性が高いことを認識・理解した上で利用を申し込みます。

令和　　年　　月　　日　保護者名（自署）