

藤沢市乳幼児健康支援一時預かり事業利用申込書

年 月 日

施設長

申込者 (保護者)	住所
	氏名
	電話番号 ()
	携帯電話

乳幼児健康支援一時預かり事業を利用したいので、次のとおり申込みます。また、利用開始後に児童の状態が変化し、病後児保育実施保育所が病後児保育事業での利用の継続が困難であると判断したときは、病後児保育事業の利用の中止に同意します。

ふりがな		性別	生年月日	年 月 日
児童氏名		男・女	年 齢	歳 か月
通園施設について	施設(保育所等)名： 施設の電話番号：			
利用事由 (保護者の状況)	<input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他 (
主治医	院名： / 担当医： / 電話番号：			
保護者の連絡先	緊急連絡先 *確実に連絡が取れるようにしておいてください	1番目	氏名： / 続柄： / 携帯電話番号： 連絡先名称： / 電話番号：	
		2番目	氏名： / 続柄： / 携帯電話番号： 連絡先名称： / 電話番号：	
		3番目	氏名： / 続柄： / 携帯電話番号： 連絡先名称： / 電話番号：	
保護者の連絡先	勤務地(就学)名称及び住所	父 親		母 親
		名称	名称	
		住所	住所	
		電話番号	電話番号	
就労時間	時 分～ 時 分		時 分～ 時 分	
通勤について	片道 分/交通手段：		片道 分/交通手段：	
通園施設の利用時間	時 分～ 時 分			
今回の病気について	病名		今朝の体温	℃
	現在の症状(当てはまるものに○をつけてください) 発熱 発疹 せき 鼻水 のどの痛み 腹痛 下痢 吐き気 食欲低下 頭痛 めやに その他 (
	保育所休所期間	年 月 日から (日間)		
	処方薬を受けて(いる・いない)	市販薬を飲んで(いる・いない)		
児童の容体が変化した場合の対応	<input type="checkbox"/> 保護者が主治医に連れて行く <input type="checkbox"/> 実施施設が指定する医療機関で受診する <input type="checkbox"/> その他 (
栄養方法	<input type="checkbox"/> 授乳中 (①母乳 ②人工 ③混合 1回 cc× 回) <input type="checkbox"/> 離乳中 (①ドロドロ ②舌でつぶせる ③歯茎でつぶせる ④歯でかめる) <input type="checkbox"/> 普通食 食物アレルギー等による食事制限 (①必要 ②不必要)			
行動	<input type="checkbox"/> 寝ている <input type="checkbox"/> 首がすわっている <input type="checkbox"/> 寝返る <input type="checkbox"/> 座る <input type="checkbox"/> はう <input type="checkbox"/> 立つ <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 歩行自由			
排泄	<input type="checkbox"/> おむつ(排泄を教える・教えない) <input type="checkbox"/> 介助があればできる <input type="checkbox"/> 自立			
変更事項	(通園施設・住所・勤務地等・家庭環境等に変更があれば記載してください。また、別途変更届を提出してください。)			
注意事項				
添付書類	<input type="checkbox"/> 健康保険証 <input type="checkbox"/> 小児医療証 <input type="checkbox"/> 母子手帳 <input type="checkbox"/> 医師連絡票			

※この申請書に入室書類・医療機関の発行する医師連絡票を添付してください。