

病 後 児 保 育 利 用 申 請 書

医 師 所 見 欄	児童氏名 年 月 日生(歳)男・女	
	傷病名(症状等) 年 月 日 診断の結果, 病後児保育の利用は 1. 可(回復期にあるため) 2. 否(治療中・その他)	
	経過 (検査内容等)	
	治療 (処方内容)	食前・食後(時)・その他()
	安静の有無	特に制限なし・ベット安静・その他()
	その他留意事項	
	診断医療機関名 及び電話番号	診断医師署名 印

※太枠は医師が記載し, その他は, 保護者記載すること。

利用希望日	年 月 日
薬	特になし・処方の通り・その他()
食べ物	特に制限なし・絶食・その他()
保育中の留意点等	

医師より上記の説明を受けた上で, 病後児保育を申し込みます。

なお, 保育の利用決定を受けるため, 世帯全員に対する住民登録・税及び生活保護状況について調査することを承諾します。投薬が必要な場合は, 保護者に代わって, 看護師・保育士等が服用させることを依頼します。

世帯状況(生活保護世帯・市町村民税非課税世帯・その他世帯) ※該当する項目を○で囲んで下さい。

保護者名 _____ 印

住所・電話番号	電話番号
保護者の勤務場所	
緊急連絡先 (氏名・続柄・電話番号)	(第一) _____ 続柄() 電話番号
	(第二) _____ 続柄() 電話番号
お迎え予定者氏名・続柄	続柄()

既往歴(今までにかかった病気の番号に○をつけてください。)	
1. 突発性発疹 2. 麻疹(はしか) 3. 水痘(水ぼうそう) 4. 風疹(三日ばしか) 5. 咽頭性結膜炎(プール熱) 6. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 7. 百日咳	8. ヘルパンギーナ 9. 手足口病 10. 伝染性紅斑(りんご病) 11. 中耳炎 12. 熱性けいれん 13. 異型肺炎(マイコプラズマ肺炎) 14. とびひ
15. 川崎病 16. 喘息 17. アトピー性皮膚炎 18. 湿疹 19. 食物アレルギー 20. その他	()
アレルギー体質の有無	有〔詳細に〕・無
予防接種(これまでに受けたものの番号に○をつけてください。)	
1. B. C. G(結核) 2. ポリオ 3. 麻疹(はしか) 4. 風疹 5. MR(麻疹・風疹混合) 6. 日本脳炎 7. 水痘(水ぼうそう)	8. 三種混合(百日咳・ジフテリア・破傷風) 9. 四種混合(百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオ) 10. 二種混合(ジフテリア・破傷風) 11. ヒブワクチン 12. 小児用肺炎球菌ワクチン 13. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 14. インフルエンザ 15. その他()
利用申請の理由 ※該当するものに○を付ける	1. 勤務の都合 2. 保護者の傷病 3. 保護者の事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. その他〔 〕
児童の就園等の状況	1. 認定こども園(※) 2. 小学校 3. 自宅 4. その他 (※)認定こども園には、保育園・幼稚園を含む

(注意事項)

児童の症状によっては、お預かりできない場合や、保育を中止してお迎えをお願いする場合がありますので、ご了承ください。

----- (以下の事項は事業者において記載すること) -----

事業者整理番号	利用決定の可否	利用決定・利用不承認
利用不承認をした理由		

※1 事業者整理番号は事業者において記載すること。

記載例：平成27年度の1番目の利用者の場合「H27—1」にようにすること。

※2 利用不承認をした理由は、適当でない事項を記載すること。

※3 利用申請書は、児童ごとにまとめるのが望ましい。