

千葉県病児・病後児保育事業利用申請書

(あて先)千葉市長

申請日 平成 年 月 日

千葉県病児・病後児保育事業を利用したいので、申請します。

対象児童	フリガナ		体重	児童の所属	保育所(園)等 幼稚園 小学校
	氏名		Kg		
	生年月日等	年 月 日生 男・女	(0歳 か月)・(1歳 か月)・(2歳 か月) 3歳以上園児(歳 か月)・小学生(歳・年生)		
	自宅住所の区(市外の方は保育所等の区)	中央区・花見川区・稲毛区・若葉区・緑区・美浜区 ○で囲む			
申請者(保護者)	フリガナ			続柄	対象児童から見て
	氏名				
	緊急連絡先	優先順位 位 勤務先名 連絡先 ()	優先順位 位 携帯番号 ()		
	連絡先電子メールアドレス		@		
1. 本日お迎に来る方について ①氏名() ②続柄 対象児童から見て() ③お迎えの予定時刻(時 分) ④お迎えの人の連絡先() 2. 継続利用の有無について (1. 病状によって利用したい 2. 病状に関わらず利用しない) ※利用を希望している方は、予約状況をご確認下さい。					

家庭からの連絡表															
	前日10(時)	12	14	16	18	20	22	当日0	2	4	6	8	10	12	
体温															
睡眠															
食事・おやつ															
水分・ミルク															
尿															
便															
くすり・吸入															
お子さんの様子															
1. 現在みられる症状 発熱 咳 鼻水 喘鳴 発疹 嘔吐 下痢 腹痛 頭痛 咽頭痛 その他() それぞれの症状が、いつから始まったかを記載して下さい(月 日から)															
2. 気になること、要望等 アレルギー対応(要・不要) どのようなアレルギーかを記載して下さい()															
3. 本日の保育中に服用薬について (A.ある B.ない C.処方希望) Aの場合のみ以下記入															
薬の名前	形状 (粉薬=粉 水薬=水 錠剤=錠 塗り薬=塗 坐薬=坐)				一回用量(包・ml・目盛り・錠)				服用(塗布)させる時間						
	粉	水	錠	塗	坐	(包・ml・目盛り・錠)									
	粉	水	錠	塗	坐	(包・ml・目盛り・錠)									
	粉	水	錠	塗	坐	(包・ml・目盛り・錠)									
※ 薬の名前が分からない場合は保育室で飲ませられませんので、処方した医師に薬の内容をお問い合わせ下さい。 ※ 薬に氏名と薬名を記入して、その日に使う分だけ、お持ち下さい。															

実施施設記入欄

今回の病名	上気道炎	気管支炎	喘息	胃腸炎	水痘	ヘル手足	インフルエンザ	その他
市内	生活保護世帯・市民税非課税世帯	市民税所得割額非課税等世帯	その他世帯					
	一日	～6時間	一日	～6時間	一日	～6時間		
市外	無料	無料	1,020円	610円	2,050円	1,230円		

連絡票番号