

碧南市病児保育事業利用者通知書

年 月 日

殿

登録番号

申請者名

印

次のとおり、碧南市病児保育事業を利用したいので、主治医の連絡書を添付して申し込みます。

- 1、病児保育事業の利用期間中は、病児保育事業実施医療機関の指示に従います。また、申し込み時および病状により医師が必要と認めた時は、病児保育中に診療(検査、処置を含む)を受けることを承諾します。
- 2、児童の状態が変化し、病児保育事業での対応が困難になり、病児保育実施機関が利用を不適当と認めた時は、病児保育事業の利用を中止し、すみやかに迎えに来ることに同意します。

○ 緊急連絡先(原則として1⇒2⇒3⇒4の順番に連絡します。)

	保護者	続柄	勤務先
1	氏名		事業所名
	携帯電話		電話
2	氏名		事業所名
	携帯電話		電話

保護者以外または保護者と連絡がつかない場合の連絡先(任意)			
3	ふりがな	続柄	ふりがな
	氏名	4	氏名
電話	電話		

○ 児童について

児童氏名	性別	生年月日	通園・通学施設等
ふりがな		年 月 日 (歳 ヶ月)	
住所			
かかりつけの医師 医療機関名		担当医師名	
電話			
1 利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
2 利用事由	勤務の都合 傷病 事故 出産 その他()		
3 病名	発病日 月 日 ~ 本日 日目 感染の可能性 有 ・ 無		
4 現在の状況	今朝の体温 ℃ ・現在の症状等(当てはまるものに○をつけてください。) 発熱 発疹 咳 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()		
5 お薬	・飲んでいる薬と飲み方等(当てはまるものに○をつけてください。) 処方薬 市販薬 飲んでいない		
6 食事	・食事のお手伝いについて(当てはまるものに○をつけてください) ひとりで食べる【 はし ・ スプーン 】 少し手伝いがいる 手伝いがいる ミルクの量【 一回 ml ・間隔 時間 その他() 】【		
7 排泄	おむつ トイレ 手伝い 【 要 ・ 不要 】 ・1人でできる		
8 注意事項			

※病児保育実施機関使用欄

受付日	利用料額	確認
	全額減免	
	2,000円	