様式第２号（第10条関係）

**苫小牧市病後児保育事業　利用申請書**

申請日　令和　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用児童 | ふりがな |  | 生年月日  　　年　月　日生 | | 年齢 | | 性別 |
| 氏名 |  | 歳　　ヶ月 | | 男・女 |
| 入所施設 | （　号認定） | | | | | |
| 保護者 | 住所 | 苫小牧市 | | | | | |
| 氏名 |  | 本日の連絡先 | 連絡先名称 | | 電話番号 | |
| 携帯番号 |  |  | |  | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ①傷病名【　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　】  ※医療機関からの連絡票に書いてある傷病名を記入してください。  ②入所施設をいつから休んでいますか（　　月　　日から）  ③今朝の体温（　　　　℃）　※普段の平熱（　　　　℃）  　　　　　　最後に解熱剤を使用したのはいつですか（　　月　　日　　　時頃）  ④現在の症状　□発熱（いつから　　月　　日　　　℃　　最高　　　　　℃）  　　　　　　　□咳　□鼻水　□のどの痛み　□腹痛　□嘔吐（吐き気）  　　　　　　　□下痢（いつから　　月　　日　最後はいつ　　月　　日）  　　　　　　　□発疹（部位、かゆみ等　　　　　　　　　　　　　　　）  　　　　　　　食欲（いつも通り・あまりない・ない）  　　　　　　　機嫌（いつも通り・あまりよくない・悪い）  　　　　　　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 内服 | □　無　□有（処方薬等：　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 児童の様子 | アレルギー | 食品 | □無　□有  （食品名　　　　　　　　　）（症状 　　　　　　　　　） | |
| 除去食の状況（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　） | |
| 薬品 | □無　□有  （食品名　　　　　　　　　）（症状 　　　　　　　　　） | |
| その他 | □無　□有  （　　　　　　　　 　　　）（症状　　　　　　 　　　） | |
| アナフィラキシーショックの既往 | | □無　□有 |
| 処方薬等（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 食事の 様子 | 1人で　□食べられる（□スプーン・フォーク　□はし）  □食べられない | | |
| 好きな物（　　　　　　　　　　）嫌いな物（　　　　　　 　　　） | | |

（裏面もご記入ください）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 児童の様子 | 睡眠の 様子 | 睡眠時間（ 　 ：　 　～　 　：　 　）  ・昼寝　□する（　　　　時間位）　□しない | |
| 寝るときの癖などがありましたらご記入ください | |
| 排泄の 様子 | 排泄方法 | □オムツ　□トレーニングパンツ　□出たら知らせる　□自立 |
| おねしょ | □する　□ときどきする　□しない |
| 睡眠時 | □オムツ　□トレーニングパンツ　□パンツ |
| 好きな 遊び |  | |
|  | | |
|  | | | |
| 病後児保育事業の利用誓約  　□　苫小牧市病後児保育事業の利用に際して、苫小牧市及び事業実施施設の過失による事故を  除き、一切の意義を申し立てないことを誓約します。    　□　症状の変化等で病後児保育事業の継続が困難な場合は、保育を中断し自宅保育へ移行する  こと、処置が必要と判断した場合は、医療機関を受診させることを承諾します。 | | | |

苫小牧市長　様

　上記のとおり相違ありませんので、苫小牧市病後児保育事業の利用を申請します。

　　　　　　　　年　　月　　日

　　　　　申込者

　　　　（保護者）　氏名

市記入欄