

## 湯沢市病児保育利用申請書

湯沢市長 様

湯沢市病児保育事業を利用したいので、次のとおり申請します。

- 1 児童の症状が変化して緊急を要する場合、保護者に連絡する前に医師の判断により診療を受けさせることを承諾します。
- 2 児童の症状が変化して病児保育での対応が困難になり、医師が利用を不相当と認めたときは、病児保育の利用を中止することに同意します。
- 3 費用の算定にあたり、保護者の課税状況を把握するため市の公簿を閲覧することを承諾します。
- 4 他の児童への病気等の感染を防ぐため、病児保育室の判断により、やむを得ず利用をお断りする場合があることを了承します。

年 月 日

児童氏名（ふりがな）		保護者氏名（ふりがな）	
男・女			
生年月日	年 月 日	児童との続柄（ ）	
連絡先	自宅（ ） 勤務先（ ）	名称	
利用希望期間	年 月 日から 年 月 日まで		
利用の理由	<input type="checkbox"/> 仕事の都合 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産・育児 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他（ ）		

児童の症状について、あてはまるものにチェックをつけてください

発熱	<input type="checkbox"/> 有   いつから発熱（ ）   利用前日の最高体温   °C <input type="checkbox"/> 無   平熱   °C   保育室入室時の体温   °C
鼻水	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない   いつから（ ） <input type="checkbox"/> ない
せき	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない   いつから（ ） <input type="checkbox"/> ない
喘鳴	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない   いつから（ ） <input type="checkbox"/> ない
嘔吐	利用前日 <input type="checkbox"/> 有（ 回） <input type="checkbox"/> 無   利用当日 <input type="checkbox"/> 有（ 回） <input type="checkbox"/> 無 いつから（ ）
便	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> 硬い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 水様 普通以外の場合、いつから（ ）
尿	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない   普通以外の場合、いつから（ ）
食事	前夜 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 食べない   今朝 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量 <input type="checkbox"/> 食べない 普通以外の場合、いつから（ ）
ミルク	朝 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少量   ____:____（ ml）   授乳間隔   時間（1回   ml） <input type="checkbox"/> 飲まない場合、いつから（ ）
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 普通   睡眠時間（   :   ~   :   ） 不眠の場合、いつから（ ）
薬	<input type="checkbox"/> 坐薬（   :   ） <input type="checkbox"/> けいれん止め（   :   ） その他（ ）
症状 その他	児童の体調に関する特記事項、家での様子など

※ 裏面に児童の健康保険証・福祉医療費受給者証の写しを貼りつけてください。

児童の健康保険証・福祉医療費受給者証の写しを貼ってください。

--

【保護者記入不要】

確認者	確認者 (保育士)	利用の適否	受付印
		適 ・ 否	