様式第１号（第7条関係）

病児病後児保育事業利用申請書

利用料階層		※左の利用料階層欄には記入しないでください。	
市町名	柳坊市・日高町・由良町・美浜町・日高川町	利用日	年　月　日～　年　月　日
利用の理由	就労・傷病・事故・出産・冠婚葬祭・その他	詳細	
（ふりがな） 対象児童の名前		年齢	歳　カ月
保護者氏名		在籍園名	
住所		家の電話番号	
緊急連絡先(電話番号) 確実に連絡がとれるところ	① 勤務先　TEL	お迎えの時間	時　分
	② TEL	お迎えをする人	

お子さんの状況

予防接種について	ヒブ	受けた・受けていない	小児用肺炎球菌	受けた・受けていない
	四種混合	受けた（Ⅰ期　1回　2回　3回　Ⅰ期追加）・受けていない		
	三種混合	受けた（Ⅰ期　1回　2回　3回　Ⅰ期追加）・受けていない		
	ポリオ	受けた・受けていない	BCG	受けた・受けていない
	麻しん風しん	受けた・受けていない	水ぼうそう	受けた・受けていない
	日本脳炎	受けた・受けていない	おたふく風邪	受けた・受けていない
	インフルエンザ	受けた・受けていない	上記以外で受けた予防接種	（　　）

これまでにかかった主な感染症と病気（かかったものに○をつけてください。）	1. 突発性発疹	2. はしか	3. 風疹	4. 水ぼうそう
	5. おたふく風邪	6. 手足口病	7. りんご病	8. 百日咳
	9. 咽頭結膜炎	10. ヘルパンギーナ	11. 熱性けいれん	12. じんましん
	13. 結核	14. 喘息	15. アトピー性皮膚炎	16. とびひ
	17. てんかん	18. 心臓病	19. その他	

		今朝	昨夜	備考
現在の症状	体温	℃	℃	平熱：　℃
	嘔吐	回	回	座薬の最終使用時刻：　時　分
		（　　）	（　　）	アレルギーについて
	下痢	回	回	食べ物：
				薬：
	食事			かかりつけ医：
	薬内服			薬のいつもの飲ませ方：
	排泄	ひとりで		
		手助け（　　）		特に心配なこと：
		おむつ		

上記のとおり、病児病後児保育を利用したいので、申し込みます。
なお、利用期間中は、施設の指示に従います。
また、病状の変化等により、病児病後児保育を中止し、必要に応じて医療を施すことを了承します。

年　月　日

保護者名　　㊞

由良町長 様

病児保育室ひまわり　電話番号 24－0144