

## 病児・病後児保育事業利用申請書

年 月 日

日田市長 様

申請者 保護者氏名 ㊞  
 住 所

次のとおり、(  病児  病後児 ) 保育事業の利用を申請します。

利用希望施設名	<input type="checkbox"/> 中央病院(病児) <input type="checkbox"/> 丸の内こども園(病後児) <input type="checkbox"/> おおやまこども園(病後児)			
児童氏名			愛称( )	性別 男・女
生年月日	年 月 日生	年齢	歳 月	
申請する利用の期間	年 月 日 ~ 年 月 日までの 日間			
緊急連絡先	連絡者(氏名)	続柄	電話番号(自宅・勤務先)	携帯電話
	①		TEL ( )	TEL ( ) -
	②		TEL ( )	TEL ( ) -
	③		TEL ( )	TEL ( ) -
保育の状況	<input type="checkbox"/> 保育園に通園中 ( ) 保育園 TEL ( )			
	<input type="checkbox"/> 認定こども園に通園中 ( ) TEL ( )			
	<input type="checkbox"/> 託児所等に通園中 ( ) 保育園・託児所 TEL ( )			
	<input type="checkbox"/> その他(小学校等) ( )			
通院の状況	・病院名 _____			
	・病名 _____		・通院期間 年 月 日~	
	現在服薬中の薬 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )		昼食時の薬 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし )	
保護者連絡事項	<input type="checkbox"/> 処方薬 ( <input type="radio"/> 食前 <input type="radio"/> 食中 <input type="radio"/> 食後 )			
	<input type="checkbox"/> 市販薬 [ ]			
	・昼食について <b>※病児保育を利用する場合はお弁当持参となります。</b>			
	<input type="checkbox"/> お弁当持参 <input type="checkbox"/> 給食を利用 ( 除去食の有無について <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 )			
	・食事について			
	<input type="checkbox"/> 哺乳 ( <input type="radio"/> 母乳 <input type="radio"/> 人工乳 <input type="radio"/> 混合 )		<input type="checkbox"/> 離乳食 ( <input type="radio"/> ドロドロ <input type="radio"/> つぶつぶ <input type="radio"/> あらみじん )	
	<input type="checkbox"/> 幼児食		<input type="checkbox"/> 普通食(要介助)	
			<input type="checkbox"/> 普通食(自立) ( <input type="radio"/> スプーン <input type="radio"/> フォーク <input type="radio"/> お箸 )	
・排泄について <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 自立				
・アレルギーについて <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 【 卵 大豆 牛乳 その他( ) 】				
・好きな遊び ( )				
・好きなおもちゃ ( )				
利用希望の理由	【施設の利用を必要とする理由を具体的に記入してください】			

※ 「排泄」でオムツを利用している場合、施設内では「紙オムツ」の利用となります。