

様式第 6 号

病児保育事業利用申込書				
		令和	年	
		月	日	
小樽市長				
(保護者) 住所 _____				
電話番号 _____				
氏名 _____				
<p>病児保育事業を利用したいので、小樽市病児保育事業実施要綱第 13 条の規定により、次の事項に同意の上、医師連絡票を添付して申し込みます。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 病児保育の利用期間中は実施施設の指示に従います。 2 児童の状態が変化し、実施施設が病児保育の継続が困難であると判断した場合には、病児保育の利用中止に同意します。 3 児童の容態が変化した場合、実施施設から電話があったときにはお迎えに行きます。また、実施施設が必要と判断した場合、事前に連絡を受けた上で実施施設が児童を医療機関に受診させることに同意します。 				
利用児童	ふりがな		性別	生年月日
	氏名		男・女	平成 年 月 日 令和 (歳)
	今回の病気について	病名 ()		
	現在の症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めやに <input type="checkbox"/> その他 ()		
	処方薬の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病児保育の利用時間中に与薬を依頼する場合、別紙与薬依頼書を実施施設に提出してください。)		
家庭で保育ができない理由	<input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 事故又は災害 <input type="checkbox"/> その他 ()			
利用希望日	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日			
利用希望時間	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分			
迎えに来る人 <small>※保護者と同一の場合には省略可</small>	氏名	児童との続き柄	連絡先電話番号	
		父・母 その他 ()	— —	
その他 (病児保育を実施する上で、特に気になることがあれば御記入ください。)	_____ _____ _____			