

奄美市病児・病後児保育事業利用申込書

実施施設長 様

申請者 住所  
 (保護者) 氏名  
 児童との続柄 ( )  
 電話番号 - -

奄美市病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり申し込みます。

(ふりがな)		性	男	生年月日	年 月 日
児童氏名		別	女	(年齢)	( 歳 か月)
保育所等の名称	保育園 (所)		幼稚園	児童クラブ	
申込の理由 (家庭で保育できない理由)	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
利用希望期間	年 月 日 ~ 年 月 日の ( ) 日間				
児童の送迎	入所 (入所時間: 時 分頃, 連れてくる方の氏名: 続柄 ( )) 退所 (退所時間: 時 分頃, 迎える方の氏名: 続柄 ( ))				
健康保険証	記号: 番号: 保険者番号:				
利用登録申請	登録申請 <input type="checkbox"/> 申請済 ( 年 月申請) <input type="checkbox"/> 未申請 登録内容の変更 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り (変更 )				
事業の利用状況	奄美市病児・病後児保育事業の利用は, (はじめて・__回目)				

病気の症状等について 病名 (わかっている場合) [ ] 主な症状 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 湿疹 その他, 気になる症状など, ご自由にお書きください。	
いつからこの症状がはじまりましたか, 経過をお書きください。	
昨日から今日にかけて解熱剤を使用しましたか。 ( <input type="checkbox"/> 使用した。 <input type="checkbox"/> 使用していない。 ) 昨日から今朝 (現在) の症状についてお書きください。	
添付書類	奄美市病児・病後児保育事業医師連絡票

- 注 1 欄については, 該当項目にレ印を記入してください。  
 2 事業の登録前に緊急に事業を利用する場合は, この申請書と奄美市病児・病後児保育事業利用連絡票のほか  
 に奄美市病児・病後児保育事業利用登録申請書を提出してください。  
 3 母子手帳 (乳幼児のみ), 健康保険証を持参してください。

(裏面)

奄美市病児・病後児保育事業利用申込書 (児童連絡事項記入欄)

予 防 接 種 歴	ヒブ	・ 1回目	年	月	・ 2回目	年	月	・ 3回目	年	月	
		・ 追加	年	月							
	小児用肺炎球菌	・ 1回目	年	月	・ 2回目	年	月	・ 3回目	年	月	
		・ 追加	年	月							
	B型肝炎	・ 1回目	年	月	・ 2回目	年	月	・ 3回目	年	月	
	ロタウイルス (ロタリックス/ロタテック)	・ 1回目	年	月	・ 2回目	年	月	・ 3回目	年	月	
	四種混合	・ 1回目	年	月	・ 2回目	年	月	・ 3回目	年	月	
	・ 追加	年	月								
MR	・ 1回目	年	月	水痘	・ 1回目	年	月	日本脳炎	・ 1回目	年	月
	・ 2回目	年	月		・ 2回目	年	月		・ 2回目	年	月
BCG		年	月								
感 染 症 歴	はしか:		歳	か月	水ぼうそう:		歳	か月			
	百日咳:		歳	か月	おたふくかぜ:		歳	か月			
	その他:										
常時内服している薬	喘息, アトピー性皮膚炎, けいれん等で, 常時内服しているお薬があれば具体的にお書きください。(内服時間も)										
その他の病歴等	病歴や体質(薬物アレルギー等), くせなど, お差し支えなければ, お書きください。また心配なことや配慮してほしいことがあれば, お書きください。										

(実施施設長の意見)

- (1) 上記について, 利用を承諾する。  
 (2) 上記について, 利用を不承諾とする。  
(理由)