

様式第 1 号
様式第 2 号

令和 年 月 日

小 山 市 長 様

申請者 住 所
(保護者)

氏 名
(児童との続柄：)

小山市病児・病後児保育事業利用申請書

下記の児童について、小山市病児・病後児保育事業を利用したいので、別紙 主治医の「診療
情報提供書（利用連絡票）」を添付の上申請します。

児 童	住所 電話	()				平熱
	フリガナ		年 月 日生	男	子の愛称	
	氏 名		(歳 か月)	女		
利用期間		令和 年 月 日 から 令和 年 月 日まで (日間)				
利用施設名						
在籍園・ 小学校名						
緊急連絡先 1 番目		連絡先： ()		緊急連絡先 2 番目	連絡先： ()	
保 護 者 家 族 欄	続柄	氏 名	生 年 月 日	勤務先名	勤務先電話番号	
			. .		()	
			. .		()	
			. .		()	
お子さんを 家庭で看護 できない理由		1. 保護者の勤務の都合 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. 災害 7. 出張 8. 学校への公的行事 9. その他社会的にやむを得ない事由 ()				
お迎え予定時刻		午前・午後 時 分頃		お迎えに来る人	父・母・その他 ()	
世帯状況(*)		1. 生活保護世帯 2. 市民税非課税世帯 3. その他の世帯 * 1・2に該当する世帯でお子さんが認可保育所に入所していない場合は、以下の証明書を添付して ください。 生活保護世帯・・・生活保護受給者証明書 市民税非課税世帯・・・最新の市民税非課税証明書の原本				
記入上の注意		1. 利用期間は原則として7日間です。7日間を超える場合は、改めて申請してください。 2. 利用の理由は該当するところに○を付け、その他は明確、詳細にご記入ください。 3. 緊急連絡先は、市役所及び施設が保護者と連絡を取れる電話番号をご記入ください。				

(裏面もご記入下さい。)

〔保護者記入欄〕

お子さんの今回の病気について、あてはまるもの全てに○をつけ、必要なところをご記入ください。					
主な 症状	発熱（ ℃ ）　発疹　せき　のどの痛み　喘鳴　鼻水　腹痛　下痢 嘔吐　頭痛　けいれん　食欲低下　目やに　とびひ　喘息発作 その他（ ）				
いつからこの症状が始まりましたか。経過をご記入ください。					
医師には	すでに受診済（令和 年 月 日に） ・ 受診していない				
主治医名 (医療機関名)	Tel（ ） －				
病　名					
投薬を	受けている　・　受けていない ※施設での薬の服用を希望する場合は、<u>1回分ずつに分けた上で名前を書き、処方内容や服用の間隔が確認できるもの（薬剤情報提供書や薬の袋など）を必ず一緒にお持ちください。（医師から処方された薬に限ります。）</u>				
昨日から今朝にかけての症状について、詳しくご記入ください。 （発熱の場合）昨日から今朝にかけて解熱剤を使用しましたか。　使用していない・　使用した 使用した場合：（ ）時に　内服薬（薬の名前： ／量 ） 座　薬（薬の名前： ／量 ）					
食事の状況（離乳の状況・食事制限・アレルギーのための除去食等）、体質やくせなど心配なこと、配慮してほしいこと（薬物アレルギー・既往症等）がありましたらご記入ください。					
既　往　歴	麻疹（はしか）　風しん（三日はしか）　水痘（水ぼうそう）　百日咳　喘息 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　肝炎（キャリアである・ない）　熱性けいれん その他（ ）				
予防接種	インフルエンザ菌b型（H i b）　小児肺炎球菌　BCG（結核）　B型肝炎　水痘 MR（麻疹(はしか)・風しん）　4種混合（ポリオ・破傷風・百日咳・ジフテリア） 日本脳炎　ロタウイルス　流行性耳下腺炎 その他（ ）				
備　考 (施設記入欄)					