ほほえみ病児･病後児保育室

病児・病後児保育利用申請書

保護者記入

年　　月　　日

住　　所 ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

保護者氏名 ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号 ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり利用申請します。

(ふりがな)		性　別	年　　月　　日生
児童氏名		男　・　女	歳　　か月
普段の保育状況	小学校（　　） 保育園（　　） 幼稚園（　　） 一時保育(　　) 自宅保育（保育している方　：　父親　　母親　　祖父　　祖母　　その他（　　）		
障がい者手帳(療育手帳)	無・有　　有の場合は記入(内容　　)		

	続柄	（ふりがな） 氏　　名	勤務先名	勤務地住所 （大字まで）	電　話　番　号
家族構成	父				勤務先
					携帯
	母				勤務先
					携帯
	その他の緊急連絡先				

保育時間中の状況	
父親の状況	番号に○をつけてください 1）勤務　　2）通院または入院　3）結婚式又は葬式　4）兄弟・姉妹の学校行事など
母親の状況	番号に○をつけてください 1）勤務　　2）通院または入院　3）結婚式又は葬式　4）出産のための入院　5）兄弟・姉妹の学校行事など
生活保護	適用なし・適用あり(　　年　　月　　日保護開始)　**生活保護世帯に該当する方は証明書の持参またはコピーの提出**
住民税課税状況	課税　・　非課税　　**非課税世帯に該当する方は証明書の持参またはコピーの提出**
お子さんの状況	＊発達・発育（　お座り　　ハイハイ　　つかまり立ち　　伝い歩き　　自立歩行　　）
	＊食事について：嫌いな食べ物（　　）　食べ方　（　全介助　　手づかみ　　自立　）
	ミルク　　なし　　あり　（1回のミルク量：　　ｍｌ　　間隔：　　時間毎　）
	＊排泄について：おむつの使用　　なし　　あり　　（連絡事項　　）
	＊睡眠について：お昼寝　なし　　あり　（　　時から　　時　）
	寝る時：　1人で寝る　・　添い寝で寝る　・　何かを持って寝る　・　指しゃぶり　・　その他（　　）
	＊好きな遊び・おもちゃ等（　　）
薬(保育時)	なし・あり（与薬をご希望の場合は薬剤情報書を必ず持参してください。）
基礎疾患	熱性痙攣　無・有(最終痙攣：　　年　　月　　日　初回痙攣：　　年　　月　　日　発生時の体温：　　) 食物アレルギー　無・有（　　）　その他アレルギー　無・有（　　） 発達の遅れ　　てんかん　　糖尿病　　ぜんそく　　先天性の病気（　　）
その他配慮すべき事項についてご記入ください	