

病児保育事業利用申請書

社会福祉法人すくすくどろんこの会

病児保育施設フォレストルーム様

令和 年 月 日

保護者氏名

病児・病後児保育を利用したいので、次の通り申し込みます。

| | | | | |
|-----------------|---|--------------|--------------|-------------------|
| ふりがな 児童氏名 | | 男・女 | | 年 月 日生 (歳 カ月) |
| 住所 | | | 電話番号 | |
| 保護者氏名 | 父・氏名 | ふりがな 電話番号 | 勤務先名 電話番号 | |
| | 母・氏名 | ふりがな 電話番号 | 勤務先名 電話番号 | |
| 保護者以外の 緊急連絡先 | 氏名 | 関係性 | 電話番号 | |
| 利用希望日及び時間 | 令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分から 令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分まで 日間 | | | |
| 利用を希望する理由 | 1. 就労 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. その他 () | | | |
| お迎え予定者 | お子様との関係 () | | | |
| お子様の健康状態 | ○症状・経過等 | | | |
| 今朝の体温 | ℃ 解熱剤の使用 有 (/ 時 分) ・ 無 | | | |
| 服薬 | 有 無 服薬方法 () 薬品名 () | | | |
| 食事 | ・ 調乳ミルク (1回 ml 時間おき) ・ 離乳食 (初期・中期・後期・完了期) ・ 普通食 | | | |
| その他 | ○体質 (アレルギー等) や、くせなど心配なこと・考慮してほしいことについて 具体的にお書きください。 | | | |