

野田市病児・病後児保育利用申請書

年 月 日

(宛先)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

保護者氏名

病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり申請します。

(ふりがな) 児童氏名	年 月 日生 (峰 月)
住所	電話番号 ()
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()	
利用を希望する日及び時間	年 月 日()から 年 月 日()まで 午前 午後 時 分から 午前 午後 時 分まで
緊急連絡先	氏名 連絡先の名称 電話番号 ()
利用料免除の有無	有 無 ※有の場合は、市に証明書類を提出して下さい。
お子さんの健康状態について	裏面調査票記載のとおり。

調査票

児童性別	男 · 女	家での呼び名 (愛称)	
保護者氏名	父：氏名 (ふりがな)	勤務先名	電話番号 ()
	母：氏名 (ふりがな)	勤務先名	電話番号 ()
お迎え予定者	氏名 (ふりがな)	※緊急連絡先、保護者氏名欄に記載がない方の場合 児童との続柄 ()、電話番号 ()	
お子様の健康状態 (症状・経過等)			
登園・登校の 再開目安	・記入例：普通通りのミルクや食事がとれており、普通便（いつもの便）が出たら。		
今朝の体温	. °C	解熱剤の使用 有 (月 日 時 分) · 無	
服薬	有 · 無	服薬方法 () 薬品名 ())
食事	<input type="checkbox"/> 調乳ミルク (1回 ml 時間おき) <input type="checkbox"/> 離乳食 (初期・中期・後期・完了期) <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> アレルギー食 (持参になります。)		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 日中パンツ (お昼寝時 おむつ) <input type="checkbox"/> 日中おむつ		
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。		