

御浜町病後児保育利用申込書

年 月 日

御浜町長 様

申請者（保護者） 住所 _____

氏名 _____

（電話： _____）

病後児保育を利用したいので、次のとおり申し込みます。

| | | |
|-------------------------|-------------------------|--|
| 児童の氏名 (生年月日・年齢) | (男・女) (年 月 日生 歳 ヶ月) | 申請者 との続柄 |
| 在籍する保育所等 | 電話 | |
| 保護者の勤務先 (町外在住の保護者のみ) | 名称 | 所在地 |
| 受診医療機関 | 名称 | 主治医 電話 |
| 希望利用期間 | 年 月 日 時 分 ~ 年 月 日 時 分まで | |
| 緊急時の連絡先 | 1 (児童との関係：) 電話 | |
| | 2 (児童との関係：) 電話 | |
| 対象児童の病状 について | 病 名 | |
| | 病 状 | 体温 (°C) <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> ケイレン <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> その他 () |
| | 投薬状況 | <input type="checkbox"/> 投薬を受けている <input type="checkbox"/> 投薬を受けていない |
| | そ の 他 | いつから、どのような症状でしたか。保育上の注意点など記入してください。 |

同 意 書

- 1 保育中に病状に変化があり、保育が継続できない状況と判断された時は、利用の途中であっても利用児童を速やかに迎えに来ること。
- 2 児童の症状が急激に悪化する緊急時には、保護者の同意を得た上で、医療機関の受診、治療処置が行われること。また、保護者との連絡が取れない場合でも、これらが行われることがあること。なお、その際発生する医療費等は保護者が負担すること。

病後児保育の利用にあたり、上記の各項目に同意します。

保護者氏名 _____