

三戸町病後児保育事業 利用申込書

申請者 _____

次のとおり、三戸町病後児保育事業を利用したいので、医師連絡票を添付して申し込みます。

登録児童	児童氏名	性別	生年月日	
	(ふりがな)	男・女	H・R 年 月 日生まれ (歳 ヶ月)	
	住所 (〒 -)			
	通園施設等 <input type="checkbox"/> 通園していない <input type="checkbox"/> 通園している (施設名:)			
	かかりつけ医			
	医療機関名	() 電話 - -		
	利用期間	申請時 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 (日間)		
	今回の病気について	病名		
		現在の症状 (当てはまるものをチェックしてください。)		
		<input type="checkbox"/> 発熱 <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"/> 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"/> めやに <input type="checkbox"/> その他		
		通園施設等で流行っている病気 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
	栄養方法	処方薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
		<input type="checkbox"/> 授乳中 (<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合 CC/回× 回)		
<input type="checkbox"/> 離乳食 (<input type="checkbox"/> ドロドロ <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> 歯茎でつぶせる <input type="checkbox"/> 歯でかめる)				
食事状況	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> アレルギー等による食事制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	<input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一人で食べるがこぼす <input type="checkbox"/> 一人で食べる (はし・スプーン)			
行動	<input type="checkbox"/> 寝ている <input type="checkbox"/> 首がすわっている <input type="checkbox"/> 寝返る <input type="checkbox"/> 座る <input type="checkbox"/> 這う			
	<input type="checkbox"/> 立つ <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 歩行自由 <input type="checkbox"/> 睡眠 (方法:)			
排泄	<input type="checkbox"/> おむつ (排泄を教える・教えない) <input type="checkbox"/> 時々おもらし <input type="checkbox"/> 自立			
注意事項				
健康保険証	種類	社保・国保・共済・その他 ()		
	ふりがな 被保険者氏名			
	記号・番号	記号	番号	
	事業所名			
緊急連絡先	第1連絡先	名前 () 会社名 () 児童との関係 () 電話番号 ()		
	第2連絡先	名前 () 会社名 () 児童との関係 () 電話番号 ()		

