

留萌市病児保育事業利用申請書

留 萌 市 長 様

病児保育事業を利用したいので、次のとおり申請します。

申請者住所 留萌市 町 丁目 番 号

申請者氏名 児童との続柄 ( )

ふりがな		男	生年月日	年 月 日
児童氏名		女		( 歳 か月)
緊 急 連絡先	①氏名 (続柄: ) TEL			
	②氏名 (続柄: ) TEL			
利用期間	年 月 日 ( )			
	年 月 日 ( ) の ( ) 日間			
児童の お迎え	本日のお迎え時間 ( : ) お迎えにくる方の氏名: (続柄 )			
児童の 症 状	体 温 ( °C) ←今朝の体温を記入してください			
	機 嫌 良い・普通・だるそう・ぐずり気味・興奮			
	現在の症状 (該当するものに○をつけてください) ・発熱 ・おう吐 ・下痢 ・せき ・のどの痛み ・腹痛 ・鼻水 ・吐き気 ・食欲低下 ・頭痛 ・けいれん ・その他 ( )			
	薬の処方 <input type="checkbox"/> 有 ・ <input type="checkbox"/> 無 薬の内容 <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 解熱剤 <input type="checkbox"/> 風邪薬 <input type="checkbox"/> せき止め <input type="checkbox"/> その他 ( ) 保育時間中の薬の服用について <input type="checkbox"/> 飲ませてください ・ <input type="checkbox"/> 飲ませないでください			