

水戸市病後児保育事業利用申請書

水戸市長様

この申請書は、利用する際に記入し、あさひ保育園に提出して下さい。

○印・記入【病後児保育事業の利用は(はじめて ・ 回目)】お迎え予定者氏名: _____ 関係()

利用希望年月日	平成 年 月 日 午前・午後 時 分から 平成 年 月 日 午前・午後 時 分まで
フリガナ	男・女 生年月日:平成 年 月 日
園児・児童氏名	年齢: 歳 ヶ月
通所(園・学)している保育所・幼稚園・学校等	電話 - -
保護者	父氏名 勤務先等名電話 - -
	母氏名 勤務先等名電話 - -
	自宅住所 (〒 -) 電話 - -
緊急連絡先	順序 連絡先 関係 連絡先名 電話番号または携帯電話
	① - -
	② - -
	③ - -
現在の病状について、次の項目に分かっている範囲でお答えください。	
● 病名・診断名が分かっている場合は選択してください(当てはまるもの全てに○を付けてください。)	
感冒・気管支炎・喘息・急性胃腸炎・中耳炎・アデノウイルス・手足口病・とびひ、突発性発疹・りんご病(伝染性紅斑)・ おたふくかぜ・百日咳・風疹・はしか水ぼうそう・RS ウイルス・インフルエンザ・ノロ、ロタウイルス・マイコプラズマ・溶連菌・ 尿路感染症・その他()	
●いつからこの症状が始まりましたか。具体的に経過をご記入ください。	
●昨日から今朝にかけての症状について具体的にご記入ください。(解熱剤の使用: あり ・ なし)	
●症状に関して医師からの指示がある場合はご記入ください。(食事制限、活動・安静の指示など)	
●薬の服用: あり ・ なし ※ありの場合、詳細は与薬依頼書にご記入をお願いします。	
主治医(かかりつけの医師・医療機関名)	電話 - -
直近の診察日: 月 日 曜日	次回診察予定日: 月 日 曜日
その他	アレルギー体質についてあてはまるものがある場合は、○印・ご記入ください。 ①アレルギー性鼻炎 ②アトピー性皮膚炎 ③アトピー性結膜炎 ④食物アレルギー() ④ 気管支喘息 ⑤その他()
	上記で服用している薬があれば、薬剤名をご記入ください。() くせなど心配なこと・配慮してほしいことがあれば具体的にご記入ください。

※記入漏れのないようお願い致します。