

病後児保育利用申請書

年 月 日

(あて先)

認定こども園
みなみ保育園長

申込者 住所 _____

保護者 氏名 _____ 印 _____

電話（自宅） _____

病後児保育の利用について、次のとおり申し込みます。また、保育中の投薬を依頼します。
※ 太枠の中を記入して下さい。

児童氏名	フリガナ _____	男・女	_____ 保育園・幼稚園・小学校	
生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)	体重	_____ kg	
利用期間	年 月 日 から 年 月 日まで () 日間			
緊急連絡先	1 2 ※ 確実に連絡できる電話番号を記入してください。			
主治医名	医療機関名、医師名等 電話 _____			
初診日	令和 年 月 日			
最終受診日	令和 年 月 日			
児童を看護できない理由	1、勤務 2、疾病 3、その他 ()			
疾病名	_____			
現在の状況	_____			
食事制限	なし ・ あり ()			
薬	なし ・ あり (但し、市販の薬は受付ません)			
その他伝えておきたいこと	_____			
備考欄	_____			

注1 この申込書に健康保険証及びくすり連絡票を添付して下さい。
尚、児童の容態の急変により、診察等を行うことがありますのでご了承下さい。

登録番号 _____