様式第2号（第12条関係）

【保護者記入】　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日記入

釜石市病後児保育利用（変更）申込書

釜石市長　宛て

　　　　　　　　　　　　　　　　　　申込者(保護者）住所　釜石市

 氏名　　　　　　　　　　 　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 電話番号

　次のとおり、釜石市病後児保育事業を利用（変更）したいので、釜石市医師連絡票を添付して申し込みます。なお、利用期間中は、実施施設の指示に従います。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな児童氏名 |  | 生年月日 | 　　　　　　年　　月　　日 |
|  | 性別 | 男・女 | 年齢 | 　　歳　　か月 |
| 通園（通学）施設等 | 施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号： |
| 利用事由（保護者の状況） | 　１勤務の都合　　２傷病　　３事故　　４出産　　５冠婚葬祭　６　その他： |
| かかりつけの医療機関（主治医） | 医療機関名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　担当医師：所在地：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号： |
| 緊急連絡先 |  | 氏名　(児童との続柄） | 連絡先 | 電話番号 |
| ① |  |  |  |
| ② |  |  |  |
| ③ |  |  |  |
| 利用希望期間 | 申請 | 　　　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日（　　　日間） |
| 変更 | 　　　　年　　　月　　　日～　　　年　　　月　　　日（　　　日間） |
| ※下記について、必要項目には記入し、該当項目には○をつけてください。 |
| 今回の病状 | 病名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（今朝の体温　　　度　　分） |
| 　発熱　　発疹　　咳　　鼻水　　のどの痛み　　腹痛　　下痢　　吐き気　食欲低下　　頭痛　　目やに　その他： |
| 通園施設等を休んでいる期間：　　　年　　　月　　　日から　　　　　　日間 |
| 服薬 | 　処方薬を服用：　有　・　無　　　　　市販薬を服用：　有　・　無 |
| 栄養方法 | □　授乳中（１母乳　２人口　３混合　　　　　　　　　　 CC／１回×　回 ）□　離乳中（１ドロドロ　２舌でつぶせる　３歯茎でつぶせる ４歯でかめる）□　普通食（アレルギー等による食事制限が　１必要　　　　２不要　　　　） |
| 食事状況 | １全面介助　２一人で食べるがこぼす　３一人で食べる（はし・スプーン） |
| 行動の様子 | 　１寝ている　２首がすわっている　３寝返る　４座る　５這う　６立つ　　７伝い歩き　８歩行自由 |
| 排泄の様子 | 　１おむつ（教える・教えない）　２時々おもらし　３自立 |
| 連絡事項 |  □　与薬希望 |