

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
通園施設等 (保育所・幼稚園・小学校)	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）		
	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	<input type="checkbox"/> 授乳中（1 母乳    2 人口    3 混合    CC / 1回× 回） <input type="checkbox"/> 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） <input type="checkbox"/> 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 一人で食べるがかなりこぼす    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	<input type="checkbox"/> 与薬希望			