

保護者記入

横浜市病児・病後児保育事業利用申込書

病児・病後児保育事業実施機関名

申込者名

- 1 次のとおり、横浜市病児・病後児保育事業を利用したいので、主治医の連絡書を添付して申し込みます。
- 2 病児保育事業の利用期間中は、病児保育事業実施医療機関の指示に従います。
- 3 児童の状態が変化して病児・病後児保育事業での対応が困難になり、病児・病後児保育実施機関が利用を不相当と認めた時は、病児・病後児保育事業の利用の中止に同意します。

保 護 者	保護者氏名		続柄	緊急連絡先	
				連絡先	
	携帯電話	-	-	電 話	()
	携帯アドレス				
				連絡先	
	携帯電話	-	-	電 話	()
携帯アドレス					
利用事由(該当するところに○をつけてください) 1 勤務の都合 2 その他 ()					

登 録 児 童	児童氏名		性別	生年月日				
	(ふりがな)			年 月 日生				
				(歳 か月)				
	住所 (〒 -)		電 話 ()					
	通園施設等		(区)		<input type="checkbox"/> 1 認可保育所 <input type="checkbox"/> 2 横浜保育室 <input type="checkbox"/> 3 その他			
	1 保育所に通園している		→ 施設名				→	
	2 通園していない		電 話 ()					
	3 小学校に通っている		小学校名					
	かかりつけの医師							
	医療機関名		電 話 ()		担当医師名			
	利用期間	申請時 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)						
	今回の病気 について	病名				今朝の体温	℃	
		現在の症状 (当てはまるものに○をつけてください)						
		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 めやに その他 ()						
保育園などで流行っている病気はありますか? ない・ある ()								
栄養方法	処方薬を受けて (いる・いない) 市販薬を飲んで (いる・いない)							
	□授乳中 (①母乳 ②人工 ③混合 1回 cc× 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)							
食事状況	□普通食 アレルギー等による食事制限 (①必要 ②不必要)							
	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	①寝ている ②首がすわっている ③寝返る ④座る ⑤はう ⑥立つ							
	⑦伝い歩き ⑧歩行自由 ⑨睡眠(入眠方法:)							
排 泄	①おむつ(排泄教える・教えない) ②時々おもらし ③自立							

○利用料(給食費等の実費除く): 1人1日2,000円

※横浜市在住の生活保護世帯、市民税非課税世帯及びひとり親家庭等福祉医療証を保持する世帯: 全額減免

(「非課税証明書」「ひとり親家庭等福祉医療証」などの証明書類を、利用される施設へ提示してください)