

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	
	携帯電話 — —			連絡先	
	携帯アドレス			電 話	()
	携帯電話 — —			連絡先	
	携帯アドレス			電 話	()
	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)			平成	年	月	日生			
				(歳	か月)				
	住所(〒 —)		電話 ()							
	横浜市 区									
	通園施設等		(区)		<table border="1"> <tr> <td>1 認可保育所</td> </tr> <tr> <td>2 横浜保育室</td> </tr> <tr> <td>3 その他</td> </tr> </table>			1 認可保育所	2 横浜保育室	3 その他
	1 認可保育所									
	2 横浜保育室									
	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 ()							
	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		平成	年	月	日~平成			
				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									
注意事項										

○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及び市民税非課税世帯: 1人1日1,000円

(「非課税証明書」などの証明書類を、利用される施設へ提示してください)