

鎌ヶ谷市病後児保育事業利用申込書

鎌ヶ谷市長 様 (実施施設経由)

年 月 日

申込者	氏名		児童との 続柄	
(保護者)	住所	鎌ヶ谷市		

登録番号を記入

登録番号	
------	--

次のとおり、鎌ヶ谷市病後児保育事業の利用を申し込みます。

児 童	ふりがな		性 別	生 年 月 日	年 齢	
	氏 名		男・女	年 月 日	歳 月	
通 所 施設名			(その他)			
保 護 者 連 絡 先	氏 名	(続柄)	氏 名	(続柄)		
	電話番号	自 宅 携 帯	電話番号	携 帯		
	緊 急 連 絡 先 (1)	(名称)	緊 急 連 絡 先 (2)	(名称)		
		(電話)		(電話)		
希 望 期 間	(保育期間) 年 月 日 ~ 年 月 日 までの (日間)					
希 望 時 間	(保育時間) 午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分					
か かり づ け 医 療 機 関	名 称		所 在 地			
	主 治 医 名		電 話			
症 状	「3日前から発熱・咳があり、現在は咳と鼻水のみ」等、具体的に記入してください。					
前 日 从 今 朝 まで の 様 子	体 温	昨朝 °C ・ 昨晚 °C ・ 今朝 °C	咳	□ 無 ・ □ 有		
	下 痢	□ 無 ・ □ 有 (回)		嘔 吐	□ 無 ・ □ 有 (回)	
	発 疹 等	□ 無 ・ □ 有 (部位:)		喘 鳴	□ 無 ・ □ 有	
	解 熱 剤	□ 使用無 ・ □ 使用有 (時 分)		そ の 他		
与 薬 状 況	期 間	月 日 (朝 ・ 昼 ・ 夕) ~ 月 日 (朝 ・ 昼 ・ 夕)				
	内 容	咳止め、解熱剤等、具体的に記入してください。又処方箋で薬名を併せて記入してください。				
体 質 等	体質、アレルギー、癖などがあれば記載してください。					
そ の 他	お子さんの保育にあたり、配慮してほしいことがあれば記入してください。					