

## 千歳市病児・病後児保育申込書

千歳市長 様

病児・病後児保育の利用について、次のとおり申し込みます。

|  |  |        |   |
|--|--|--------|---|
|  |  | 住所 〒   |   |
| 保護者  |  | (ふりがな) | 児童との続柄                                    |
|  |  | 氏名     |   |
| 令和 年 月 日記入   |  | 電話番号   |   |
| ふりがな   |  | 男・女    | 生年月日 H・R 年 月 日 ( 歳 か月)                    |
| 児童氏名   |  | 愛称     |   |
| 保護者  | 続柄   | 氏名     | 生年月日 勤務先及び電話番号                            |
|  | 父  |        | S・H . . 電話                                |
|  | 母  |        | S・H . . 電話                                |
|  |  |        | S・H . . 電話                                |
| 申込理由   | <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ( )   |        |   |
| 利用希望期間   | 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日の ( ) 日間  |        |   |
| 児童の送迎  | 入所 (入所時間 : 時 分頃 連れて来る方の氏名 : )  |        | 続柄 : )                                    |
|  | 退所 (退所時間 : 時 分頃 迎えに来る方の氏名 : )  |        | 続柄 : )                                    |
| 緊急時の連絡先  | ① 氏名 ( 続柄 : ) 連絡先 ( 電話 )   |        |   |
|  | ② 氏名 ( 続柄 : ) 連絡先 ( 電話 )   |        |   |
| 児童の症状  | ①病名 ※医師連絡書のとおり記入してください。 ( )  |        |   |
|  | ②保育園等をいつから休んでいますか。( 年 月 日から)   |        |   |
|  | ③今朝の体温 ( °C)   |        |   |
|  | ④現在の症状   |        |   |
|  | <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 |        |   |
|  | <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> その他 ( )  |        |   |
|  | ⑤服薬していますか。 <input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない  |        |   |
|  | ⑥薬の内容は   |        |   |
|  | <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 風邪薬 <input type="checkbox"/> 解熱剤 <input type="checkbox"/> 吐き止め  |        |   |
|  | <input type="checkbox"/> その他 (具体的に )   |        |   |
| ※薬の名前 ( )  |  |        |   |
| ⑦最後に服薬したのはしたのはいつですか。( 月 日 時頃)  |  |        |   |
| ⑧下痢をしている場合   |  |        |   |
| 〔便の状態〕 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状便 <input type="checkbox"/> 水様便 <input type="checkbox"/> 粘液状便 <input type="checkbox"/> 血便 |  |        |   |
| ※最後に下痢をしたのはいつですか。( 月 日 時頃)   |  |        |   |
| ⑨水分は取れていますか。 <input type="checkbox"/> 取れている <input type="checkbox"/> 取れていない  |  |        |   |
| ⑩昨夜は良く眠れていましたか。 <input type="checkbox"/> 眠れた <input type="checkbox"/> 眠れなかった   |  |        |   |
| 日常の保育状況  | <input type="checkbox"/> 認定こども園・保育園等に通園 (通園先 : )   |        |   |
|  | <input type="checkbox"/> 学童クラブに通所 (学童クラブ名 : )  |        |   |
|  | <input type="checkbox"/> 幼稚園に通園 (幼稚園名 : )  |        |   |
|  | <input type="checkbox"/> 自宅で保育   |        |   |
| 掛り付けの病院  | 小児科内科 (病院名   |        | 電話 )                                      |
|  | 外科 (病院名  |        | 電話 )                                      |
| 世帯区分   | <input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税世帯 <input type="checkbox"/> 市町村民税課税世帯   |        |   |
| 添付書類   | <input type="checkbox"/> 医師連絡書   |        | <input type="checkbox"/> 課税状況等確認同意書       |
|  | <input type="checkbox"/> 市町村民税非課税を証明する書類   |        | <input type="checkbox"/> 被保険者資格情報が確認できる書類 |

注1 □欄については、該当項目に✓印を記入してください。

2 裏面の健康調査票も記入してください。

## 健康調査票

お子さんのことを詳しく伺いますので、母子手帳に基づいてご記入ください。

|   |   |  |
|---|---|--|
| 出産状態<br>発達状況  | 在胎 ( ) 週 出生時体重 ( ) グラム 分娩時の異常：□有 □無<br>首の座り ( ) か月 お座り ( ) か月 一人歩き ( ) か月<br>言葉の始まり ( ) か月                                  |  |
| 予防接種  | □MR ( 年 月) □BCG ( 年 月) □四種混合 ( 年 月)<br>□Hib ( 年 月) □肺炎球菌 ( 年 月)<br>□B型肝炎 ( 年 月) □水ぼうそう ( 年 月)<br>□日本脳炎 ( 年 月) □_____ ( 年 月) |  |
| 今までにかかった<br>感染症                                     | □はしか □ポリオ □風疹 □突発性発疹 □水痘 □おたふく風邪 □百日咳<br>□しょうこう熱 □B型肝炎 (キャリアを含む。) □その他 ( )  |  |
| その他の<br>病歴・注<br>意が必要<br>な症状                         | □熱性けいれん (初回： 歳時 以後： 回反復 最終： 年 月)<br>□喘息 (□毎日服薬 □発作時だけ服薬 □服薬していない)<br>□心臓病 □その他 ( )  |  |
| アレルギー   | □有 (アレルギ一品目： )<br>□無 (アレルギ一症状： )  |  |
| 普<br>段<br>の<br>生<br>活<br>状<br>態                     | 乳<br>食  | 栄養法 (□母乳 □人工 □混合) 1日 ( ) cc 1日 ( ) 回<br>離乳食 (□前期 □中期 □後期) 1日 ( ) 回         |
|   | 幼<br>児  | 好きなもの ( ) 嫌いなもの ( )<br>離乳完了 ( 月) 食欲 (□旺盛 □普通 □小食)<br>食事形態 (□一人で食べる □介助が必要) |
|   | 排<br>泄  | □すべておむつ □トイレトレーニング中<br>□寝ている時のみおむつ □自立している ※排泄の予告 (□有 □無)                  |
|   | 睡<br>眠  | 睡眠時間 (昼 : ~ : ) ((夜 : ~ : )<br>寝つき (□良 □不良) 寝起き (□良 □不良)<br>寝ている時の様子や癖 ( ) |
| 性<br>格  | □明朗 □優しい □素直 □勝ち気 □その他 ( )  |  |
| ※ その他お子さんに関して知っておいてほしいこと、気掛かりなこと及びご要望等があれば記入してください。 |   |  |

※ この調査票は、同一年度の2回目以降の申込時において内容に変更のない場合は、省略できます。