様式第３号(第７条関係)

（表面）

年　　月　　日

花巻市長　様

保護者　住所

氏名

花巻市病後児保育事業利用申込書

花巻市病後児保育事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 性別 | 男・女 | | 生年月日  　　年　 月　 日(　歳　か月) | |
| 児童氏名 |  | |
| 入所施設名  （学校名） |  | | | | | | |
| 緊急連絡先① | ふりがな |  | | | 続柄： | | 勤務先： |
| 氏名 |  | | |
| 電話番号： | | | | 勤務先電話番号： | | |
| 緊急連絡先② | ふりがな |  | | | 続柄： | | 勤務先： |
| 氏名 |  | | |
| 電話番号： | | | | 勤務先電話番号： | | |
| 利用を希望  する理由 | １ 就労　２ 傷病　３ 事故　４ 出産　５ 冠婚葬祭  ６ 災害　７ 出張　８ 就学　９ 学校等への公的行事  10 その他やむを得ない理由(　　　　　　　　) | | | | | | |
| 利用希望日  及び時間  （保護者記入欄） | 月　　日　　　時　　分から　　時　　分まで  　　　月　　日　　　時　　分から　　時　　分まで  　　　月　　日　　　時　　分から　　時　　分まで | | | | | | |
| 利用日  及び時間  （職員記入欄） | 月　　日　　　時　　分から　　時　　分まで  　　　月　　日　　　時　　分から　　時　　分まで  　　　月　　日　　　時　　分から　　時　　分まで | | | | | | |
| 診断名 |  | | | | | | |
| 経　過 |  | | | | | | |
| 食　欲 | １ 有　２ 無（状況：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 下　痢 | １ 無　２ 有（症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| 嘔　吐 | １ 無　２ 有（症状：　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |

裏面も記入してください。

（裏面）

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受診日 | | 年　　　月　　　日 |
| 投薬について | 昼食時の服薬 | 有　・　無 |
| 薬の種類 | シロップ・粉末・顆粒・錠剤・外用薬  （飲ませ方　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| アレルギー | 無　・　有　（品目：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 食事状況 | １．ミルク　１回　　　　CC　×　　回  　　　　　　時間  ２．離乳食　時間　　　　　　　　＋　ミルク　　　　CC  ３．普通食　希望の時間、食べさせ方があれば記入してください。  　　　　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | |
| 排　泄 | １ おむつ　２ トレーニング中　３ 寝るときのみおむつ　４ 自立 | |
| 午　睡 | お昼寝の習慣　　有　・　無（　　　　時～　　　　時頃まで）  入眠時　　１　ひとりで　　２　抱っこ　　３　おんぶ  その他（特に伝えたいことがあれば記入してください。） | |
| 注意事項 | その他、特に注意する点があればお書きください。 | |
| 世帯状況 | １ 生活保護世帯　　２ その他の世帯 | |
| 摘　要 |  | |

備考

１．医師から処方されている内容がわかるもの（薬剤情報提供書）をお持ちください。

（昼食時に薬の服用が必要ない場合も処方内容が確認できるものをお持ちください。）

２．昼食時の薬が処方されている場合は薬をご持参ください。看護師が投与します。

３．生活保護世帯に該当する方は、生活保護受給証明書を提示してください。