

稲 城 市 病 児 ・ 病 後 児 保 育 利 用 申 請 書

稲 城 市 長 殿

(申請者)

住 所

氏 名

電話番号

以下の記載内容のとおり、稲城市病児・病後児保育の利用を申し込みます。

また、この申請書を実施施設で使用する、利用状況の報告を稲城市が受けること及び病状の悪化・施設利用児間での感染について責任を問わないことに同意します。なお、利用にあたっては、実施施設の指示に従います。

利用希望施設	① 病児・病後児保育室「ばんび」 ② 病後児保育室「コロボックル」			
ふりがな 児 童 氏 名			性別	男 ・ 女
児 童 生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳)			
児 童 住 所	① 申請者と同じ ② 住所：			
利用日当日に 繋 が る 緊 急 連 絡 先	連絡先1	氏名：	続柄：	電話番号
	連絡先2	氏名：	続柄：	電話番号
利 用 理 由				
体 温	今朝の体温： . 度 平熱： . 度			
食 事 の 状 況	① 全面介助 ② 1人で食べるが下手である ③ 1人で食べる			
行 動 の 様 子				
排 泄 の 様 子				
そ の 他 気になること				

※添付書類：(1) 診療情報提供書（稲城市病児・病後児保育用）

(2) 処方箋が交付されている場合は、薬局が発行する薬剤情報提供書

※事前に登録票で登録した内容について変更が生じた場合は、別途届け出てください。