

## 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

印

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こと、利用状況の報告を稲城市が受けること及び病状の悪化及び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「ぼんび」 2. 病後児保育室「コロボックル」		
フリガナ 児童氏名		性別	男・女
児童生年月日	年 月 日生（満 歳）		
児童住所			
保護者氏名	父	連絡先	
	母	連絡先	
利用理由			
かかりつけ の医療機関 (主治医)	医療機関名： 所在地： 電話番号： 担当医師：		
今回の病気の 状況について	病名：	今朝の体温 . 度	
	症状：	平熱 . 度	
	薬の状況： 処方薬 市販薬 <u>※処方箋が交付されている場合は、薬局で発行する薬剤情報提供書を添付してください。</u>		
食事の状況	①全面介助 ②一人で食べるが下手である ③一人で食べる		
行動の様子			
排泄の様子			
その他 気になること			

添付書類：診療情報提供書（稲城市病児・病後児保育用）