

## 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事、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。