

様式第1号（第7条関係）

年 月 日

下野市長 様

申請者 住所
(保護者)

氏名 (児童との続柄：)
ⓐ

下野市病児保育事業（病後児対応型）利用申請書

下記の児童について、下野市病児保育事業を利用したいので、別紙主治医の病児保育事業連絡票を添付のうえ申請します。

| | | | | | | |
|--------------------------|--|-------------------|-------------|--------|------------|---|
| 児 童 | ふりがな 氏名 | 年 月 日生 (歳 ケ月) | | 男 女 | 子の愛称 平熱 | ℃ |
| | 住所 | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | |
| 利用期間 | 年 月 日から 年 月 日まで (日間) | | | | | |
| 利用施設名 | キッズプラネット | 病名 | | | | |
| 在籍園・学校名 | | | 電話番号 | | | |
| 緊急連絡先 (勤務先・携帯 番号) | 名称 | | | 電話番号 | | |
| | 名称 | | | 電話番号 | | |
| | 名称 | | | 電話番号 | | |
| お子さんを 家庭で看護 できない理由 | 1. 保護者の勤務 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. 災害 7. 出張 8. 学校の行事 9. その他社会的にやむを得ない事由 () | | | | | |
| お迎え予定時刻 | 時 分頃 | お迎えに来る人 | 父・母・その他 () | | | |
| 主治医名 (かかりつけ 医) | | | | | | |
| | 電話番号 | | | | | |
| 入室までの経過 | (発熱の場合) 昨日から今朝にかけて解熱剤を使用しましたか。 使用した・使用していない ・使用した場合：() 時に 内服薬 (薬の名前： /量) 座薬 (薬の名前： /量) その他 | | | | | |
| 投薬 (処方箋に限 る) | 依頼する・依頼しない ※1回ずつに分けた上で名前を書き、処方内容や服用の間隔が 確認できるもの (薬剤情報提供書や薬の袋など) を必ず一緒 にお持ちください。 | | | | | |

【裏面もご記入ください。】

