

横浜市病児・病後児保育事業 利用申込書

病児保育室A m i

申込者名

- 1 次のとおり、横浜市病児・病後児保育事業を利用したいので、主治医の連絡書を添付して申し込みます。
- 2 病児保育事業の利用期間中は、病児保育事業実施医療機関の指示に従います。
- 3 児童の状態が変化して病児・病後児保育事業での対応が困難になり、病児・病後児保育実施機関が利用を不相当と認めた時は、病児・病後児保育事業の利用の中止に同意します。

保 護 者	保護者氏名		続柄	緊急連絡先	
				連絡先	
	携帯電話			電話	( )
	携帯アドレス				
				連絡先	
	携帯電話			電話	( )
携帯アドレス					
利用事由 (該当するところに をつけてください) 1 勤務の都合 2 その他( )					

登 録 児 童	児童氏名		性別	生年月日		
	(ふりがな)			平成	年 月 日生	
				( 歳 か月)		
	住所(〒 )		電話	( )		
	横浜市 区					
	通園施設等		( 区)	1 認可保育所 2 横浜保育室 3 その他		
	1 保育所に通園している → 施設名			→		
	2 通園していない		電話	( )		
	かかりつけの医師					
	医療機関名		電話	( ) 担当医師名		
	利用期間	申請時		平成	年 月 日~	平成 年 月 日( 日間)
	今回の病気について	病名			今朝の体温	
		現在の症状(当てはまるものに をつけてください)				
		発熱	発疹	咳	鼻水	のどの痛み 腹痛 下痢 吐き気
		食欲低下	頭痛	めやに	その他( )	
保育園などで流行っている病気はありますか? ない・ある( )						
処方薬を受けて( いる・いない ) 市販薬を飲んで( いる・いない )						
栄養方法	授乳中( 母乳 人工 混合 1回 ccx 回)					
	離乳中( ドロドロ 舌でつぶせる 歯茎でつぶせる 歯でかめる )					
	普通食 アレルギー-等による食事制限( 必要 不必要)					
食事状況	全面介助 一人で食べるがかなりこぼす 一人で食べる(はし・スプーン)					
行 動	寝ている 首がすわっている 寝返る 座る はう 立つ					
	伝い歩き 歩行自由 睡眠(入眠方法: )					
排 泄	おむつ(排泄教える・教えない) 時々おもらし 自立					
注意事項						

利用料(給食費等の実費除く) : 1人1日2,000円

横浜市在住の生活保護世帯及び市民税非課税世帯 : 1人1日1,000円

(「非課税証明書」などの証明書類を、利用される施設へ提示してください)