様式第２号（第９条関係）

病児・病後児保育事業利用申請書兼状況調査票

年　　月　　日

（宛先）糸魚川市長

保護者　住所
氏名　　印
電話

〔　病児・病後児保育　〕を利用したいので、次のとおり申請します。

利用児童	ﾌﾘｶﾞﾅ		性別	生年月日
	氏　名		男･女	年　月　日(　歳　か月)
	園名等	保育園・幼稚園・小学校 / 自宅		
緊急連絡先 ※確実に連絡がとれる番号をご記入ください。	連絡先名①		電話①	
	連絡先名②		電話②	
利用期間	年　月　日　から　年　月　日まで(　日間を希望)			
利用時間	午前・午後　時　分　から　午前・午後　時　分まで			
お迎え予定 ※身分証明証をお持ちください。	氏名	(利用児童との続柄　)	時刻	午前・午後 時　分頃

児童の状況について、該当するところに○をつけ、必要事項を記入してください。

1　発熱　ない・ある　いつから〔　〕今朝の体温　℃　昨日の体温　℃
2　咳　出ない・出る〔 ｺﾝｺﾝ ・ ｺﾞﾎｺﾞﾎ ・ ｾﾞｰｾﾞｰ ・ ｹﾝｹﾝ 〕
3　鼻水　出ない・出る
4　睡眠　眠られる・眠れない
5　痛み　ない・ある　〔 頭・のど・おなか・耳（右・左）・その他(　)〕
6　吐き気　ない・ある　いつから〔　日　時頃から　回/日〕最後の嘔吐は　日　時頃
7　下痢　ない・ある　いつから〔　日　時頃から　回/日〕今日　回
8　発しん　ない・ある　〔 顔・足・おなか・おしり・背中・口・その他(　)〕
9　排便　ない・ある　〔　時頃〕
10　排尿　いつもと同じ・やや少ない・少ない
11　服薬　今朝　時　分頃
12　吸入　時　分頃
13　解熱剤の使用　時　分頃
14　食欲　ある・ない
15　その他気になること又は配慮してほしいことがあれば具体的にお書きください。

［　］

※緊急時の診察等について　・承諾します。　・承諾いたしません。
承諾の場合は署名　〔　〕