

(実施施設記入欄)

令和 年 月 日

| | |
|-------|-----|
| 実施施設長 | 受付者 |
| | |

下記の児童の利用を承認してよろしいか。

| | |
|------------------|--|
| 世帯区分 | <input type="checkbox"/> 生活保護・市民税非課税 <input type="checkbox"/> 所得税非課税 <input type="checkbox"/> 左記以外 |
| ※施設長意見(7日を超える利用) | |

※欄については該当項目にレ印を記入してください。

病後児デイサービス事業利用申込書 (兼利用確認書)

実施施設長 様

| | |
|--------|-----------------|
| 保護者住所 | 札幌市 区 |
| (フリガナ) | () 児童と保護者氏名の関係 |
| 電話番号 | - - |

病後児デイサービス事業の利用について、関係書類を添えて、下記のとおり申し込みます。

| | |
|---------|--|
| 児童氏名 | (フリガナ) () <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 生年月日 平成・令和 年 月 日 (歳 か月) |
| 児童住所 | 札幌市 区 |
| 保育状況 | <input type="checkbox"/> 小学校 <input type="checkbox"/> 認可保育所 <input type="checkbox"/> その他保育施設 <input type="checkbox"/> 幼稚園 <input type="checkbox"/> 保護者が自宅で保育 |
| 申込み理由 | <input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 () |
| 利用希望期間 | 令和 年 月 日～令和 年 月 日 } の () 日間 令和 年 月 日～令和 年 月 日 } 令和 年 月 日～令和 年 月 日 } |
| 児童の送迎 | 入所(入所時間: 時 分頃 連れて来る方の氏名: 児童との関係:) 退所(お迎え時間: 時 分頃 迎えに来る方の氏名: 児童との関係:) |
| 緊急時の連絡先 | ①氏名 (児童との関係:) 連絡先名 () 電話 - - ②氏名 (児童との関係:) 連絡先名 () 電話 - - |
| 健康保険証番号 | 記号: 番号: 保険者番号: |
| 児童の症状 | ①病名: ※デイサービス利用連絡書の病名を記載 |
| | ②保育所、小学校等はいつから休んでいますか。 月 日から |
| | ③現在の症状 ※今朝の体温 (°C) <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> めやに <input type="checkbox"/> その他 () |
| | ④服薬はしていますか。(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ) →薬の名前 () 直近の服薬 (月 日 時頃) |
| | ⑤解熱剤は使用しましたか。(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ) →直近の使用 (月 日 時頃) |
| | ⑥下痢をしていますか。(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ) →便の状態 (<input type="checkbox"/> 柔便 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 水様 <input type="checkbox"/> 粘液様 <input type="checkbox"/> 血便) 直近の排便 (月 日 時頃) |
| | ⑦水分は取れていますか。(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ) |
| | ⑧昨夜はよく眠れていましたか。(<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ) |
| 世帯区分 | <input type="checkbox"/> 生活保護受給 <input type="checkbox"/> 市民税非課税 <input type="checkbox"/> 所得税非課税 <input type="checkbox"/> 左記以外 |
| 添付書類 | <input type="checkbox"/> 利用連絡書 <input type="checkbox"/> 証明書類 (<input type="checkbox"/> 保護決定通知書等 <input type="checkbox"/> 所得証明(市民税) <input type="checkbox"/> 所得税非課税を証明する書類) ※該当世帯のみ |

(利用確認欄) ※最終日に記入

| |
|--|
| このたび、病後児デイサービス事業を 令和 年 月 日～令和 年 月 日 } 令和 年 月 日～令和 年 月 日 } の () 日間利用いたしました。 令和 年 月 日～令和 年 月 日 } |
| 令和 年 月 日 保護者氏名 ㊟ |