

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。 令和 年 月 日

世帯区分	<input type="checkbox"/> 生活保護（全額減免）/ <input type="checkbox"/> 市民税非課税（全額減免） <input type="checkbox"/> 所得税非課税（半額減免） <input type="checkbox"/> 左記以外
※施設長意見(7日を超える利用の場合)	

### 病児・病後児保育事業利用申込書（兼利用確認書）

実施施設長 様

※口欄については該当項目にレ印を記入してください。

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

病児・病後児保育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。

・本施設は、感染症の児童も預かる事業です。二次感染の防止には十分に注意を払いますが、完全に防ぎきれものではないことをご理解ください。 ・預かり中の急変時の対応について、保護者に連絡がとれない場合には、実施施設の判断において措置する場合があります。(医師の診察を受ける場合は別途医療費がかかります。)		理解しました (レ印を記入) <input type="checkbox"/>
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	・保護者住所と同じ場合：(右のチェック欄にレ印を記入) <input type="checkbox"/> ・保護者住所と異なる：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"/> 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 ※最大予約日数は3日間です。	
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 - -	
児童の症状	①病名: ※病児・病後児保育事業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"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <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) ※薬を持参する場合は、処方わかる書類(お薬手帳や薬剤情報提供書等)の写しも併せてご持参ください。 →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※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) ※該当のみ	

(利用確認欄) ※最終日に記入

このたび、病児・病後児保育事業を下記の ( ) 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～令和 年 月 日 令和 年 月 日 保護者氏名(自署)
--