

リッツさくら病児保育室 利用申込書

20 年 月 日

次のとおり、病児保育事業の利用を申し込みます。利用に当たっては、次のことに同意します。

- ①施設の指示を守ること。
- ②利用の必要がなくなった場合は、速やかに施設へ連絡をすること。
- ③利用児童の容態が急変した場合等の緊急時には、保護者の同意を得て医療機関での受診、治療、処置を行うこと。また、保護者に連絡が取れない場合でもこれを行うことがあること。

申請者（保護者）住所 _____

氏名 _____

連絡先（ ） _____

利用児童	ふりがな 氏名 (男・女)	20 年 月 日 生
利用理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ()	
利用日	月 日 ~ 月 日	
	(変更後) 月 日 ~ 月 日	
緊急時の 連絡先	優先①氏名: (続柄:)	連絡先: - -
	優先②氏名: (続柄:)	連絡先: - -
児童の 状況	病名	
	症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めやに <input type="checkbox"/> その他 ()
	保育上の 注意事項	<input type="checkbox"/> 与薬あり → 「与薬依頼票」が必要です。 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 食物アレルギー () <input type="checkbox"/> その他 ()
連絡事項		

※薬を持参する場合は、「与薬依頼票」が必要です。