

病児保育事業利用申請書

社会福祉法人すくすくどろんこの会

病児保育施設フォレストルーム様

令和 年 月 日

保護者氏名

病児・病後児保育を利用したいので、次の通り申し込みます。

ふりがな 児童氏名		男・女		年 月 日生 (歳 ヲ月)	
住所				電話番号	
保護者氏名	父・氏名	ふりがな 電話番号		勤務先名 電話番号	
	母・氏名	ふりがな 電話番号		勤務先名 電話番号	
保護者以外の 緊急連絡先		氏名		関係性	電話番号
利用希望日及び時間		令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分から 令和 年 月 日 () 午前・午後 時 分まで 日間			
利用を希望する理由		1. 就労 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. その他 ()			
お迎え予定者		お子様との関係 ()			
お子様の健康状態		○症状・経過等			
今朝の体温		℃ 解熱剤の使用 有 (/ 時 分) ・ 無			
服薬		有 無 服薬方法 () 薬品名 ()			
食事		・ 調乳ミルク (1 回 ml 時間おき) ・ 離乳食 (初期・中期・後期・完了期) ・ 普通食 ・ アレルギー食 (弁当持ち込み)			
排泄		・ 自立 ・ 日中パンツ (お昼寝時 おむつ) ・ 日中おむつ			
その他		・ 体質 (アレルギー等) や、くせなど心配なこと・考慮してほしいことについて 具体的にお書きください			