

## 利根町病児保育事業利用申込書

年 月 日

利根町長様

病児保育事業を利用したいので、利根町病児保育事業実施要綱第12条の規定により、病児保育事業の利用にあたり、下記の事項について誓約します。

- もえぎ野わかば保育園病児保育室を利用したいため、主治医の医師連絡票を提出し申し込みます。
- 病児保育の利用中は、提携医療機関の指示に従います。
- 病児保育中に新たな診察が必要となった場合は、提携医療機関の診察や処置を受けることに承諾します。また、その診察費用は、保護者が負担します。
- 児童の状態が変化して病児保育が困難となった時、提携医療機関が利用を不相当と認めた時は、利用を中止することに同意します。
- 他の疾患の児童と同室で保育室を利用することに承諾します。これに起因する結果について、保育園及び提携医療機関が責任を負わないことを理解し、承諾します。
- 病児保育に起因する結果について、いかなる責任も保育園及び提携医療機関が負わないことを理解し、承諾します。

(保護者)

氏名

住所

(児童)

ふりがな 氏名	生年月日	
	年	月 日 ( 歳 月)
保育所等名	保育所・認定こども園・幼稚園 事業所内保育所・小学校	

(緊急連絡先)

		氏名	続柄	緊急連絡先
保護者	①	携帯	— —	勤務先
				電話番号
	②	携帯	— —	勤務先
				電話番号

(利用状況)

利用期間	年 月 日 ~ 月 日	
病名		
かかりつけ病院	名称	
	住所	電話 — —
保護者の理由	1. 勤務の都合 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. その他	

登録日： 年 月 日 登録番号：

(表面)

利用児童状況の確認

お迎え時間	時 分 ※お迎え時間変更の際はご連絡下さい		
お迎え者氏名		続柄	
今朝の体温	度 機嫌 (よい・だるそう・ぐずり気味・興奮)		
睡眠	時 ～ 時 (良く眠れた・あまり眠れていない)		
鼻水	多・中・少・なし	呼吸	早い・浅い・ぜいぜい
			ヒューヒュー・その他 ( )
咳	多・中・少・なし 様子 ( )	排泄	尿 多・普通・少 (最終 )
			便 普通・軟便・水様下痢 (最終 )
水分量	昨夜 普通・少量	嘔吐	昨夜 無・有 ( 回)
	今朝 普通・少量		今朝 無・有 ( 回)
発疹	無 ・ 有 (どこに いつから )	食事	昨夜 普通・少量・食べられない 食べたもの ( )
痛み	無 ・ 有 (どこに いつから )		今朝 普通・少量・食べられない 食べたもの ( )
翌日の利用希望	希望する ・ 希望しない ・ 予定利用時間 ( 時 分 ～ 時 分)		
翌日の保護者の理由	1. 勤務の都合 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. その他		
家庭での様子・質問などご記入ください			

○以下は該当する方のみご記入ください

熱さまし	飲み薬・座薬	吸入	無 ・ 有 吸入した時間 ( 時 分)
	使用した時間 ( 時 分)		
	吐き気止め		
けいれん止め	飲み薬・座薬		( 時 分)
	使用した時間 ( 時 分)		

【利用料金の確認】	( ) 生活保護世帯に該当する
	( ) 市町村民税非課税世帯に該当する
※住所が町内にあり上記に該当する場合は、減免となる場合があるので ( ) に○をつけてください。	

## 利根町病児保育事業利用申込書（記入例）

令和〇年 〇月 〇日

利根町長様

病児保育事業を利用したいので、利根町病児保育事業実施要綱第12条の規定により、病児保育事業の利用にあたり、下記の事項について誓約します。

- もえぎ野わかば保育園病児保育室を利用したいため、主治医の医師連絡票を提出し申し込みます。
- 病児保育の利用中は、提携医療機関の指示に従います。
- 病児保育中に新たな診察が必要となった場合は、提携医療機関の診察や処置を受けることに承諾します。また、その診察費用は、保護者が負担します。
- 児童の状態が変化して病児保育が困難となった時、提携医療機関が利用を不相当と認めた時は、利用を中止することに同意します。
- 他の疾患の児童と同室で保育室を利用することに承諾します。これに起因する結果について、保育園及び提携医療機関が責任を負わないことを理解し、承諾します。
- 病児保育に起因する結果について、いかなる責任も保育園及び提携医療機関が負わないことを理解し、承諾します。

(保護者)

氏名 利根 次郎  
住所 利根町布川〇〇〇番地〇〇

必ず、申込日・保護者氏名と住所をご記入のうえ  
該当の箇所にご記入ください。

(児童)

ふりがな 氏名	トネ タロウ 利根 太郎	生年月日 令和〇年 1月 1日 (〇歳〇ヶ月)
保育所等名	〇〇園	保育所・認定こども園・幼稚園 事業所内保育所・小学校

(緊急連絡先)

		氏名	続柄	緊急連絡先	
保護者	①	利根 次郎	父	勤務先	利根町役場
		携帯 012-3456-7890		電話番号	0297-68-2211
	②	利根 花子	母	勤務先	〇〇店
		携帯 012-3456-7891		電話番号	〇〇〇-〇〇-〇〇〇

(利用状況)

利用期間	令和〇年 〇月 〇日 ~ 令和〇年 〇月 〇日	
病名	インフルエンザA型	
かかりつけ病院	名称	〇〇クリニック
	住所	〇〇市〇〇〇番地〇〇 電話 〇〇〇-〇〇-〇〇〇
保護者の理由	1. 勤務の都合 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. その他	

(※裏面もご記入ください。)

登録日： 年 月 日 登録番号：

(表面)

利用児童状況の確認

お迎え時間	17時30分 ※お迎え時間変更の際はご連絡下さい		
お迎え者氏名	利根 次郎	続柄	父
今朝の体温	36.7 度 機嫌 (よい)・だるそう・ぐずり気味・興奮)		
睡眠	20時 ~ 6時 (良く眠れた)・あまり眠れていない)		
鼻水	多・中・少・なし	呼吸	早い・浅い・ぜいぜい
			ヒューヒュー・その他 (普通)
咳	多・中・少・なし 様子 ( )	排泄	尿 多・普通・少 (最終 )
			便 (普通) 軟便・水様下痢 (最終 )
水分量	昨夜 普通・少量	嘔吐	昨夜 (無)・有 ( 回)
	今朝 普通・少量		今朝 (無)・有 ( 回)
発疹	(無)・有 (どこに いつから )	食事	昨夜 (普通)・少量・食べられない 食べたもの ( )
痛み	(無)・有 (どこに いつから )		今朝 (普通)・少量・食べられない 食べたもの ( )
翌日の利用希望	(希望する) ・ 希望しない ・ 予定利用時間 ( 8時 15分 ~ 17時 30分 )		
翌日の保護者の理由	1. 勤務の都合 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. その他		
<p>家庭での様子・質問などご記入ください</p> <p>薬を飲ませることが難しかったですが、練りながら少しずつ飲んでくれた。</p>			

○以下は該当する方のみご記入ください

熱さまし	飲み薬・(座薬)	吸入	無 ・ 有 吸入した時間 ( 時 分) ( 時 分)
	使用した時間 (19時00分)		
吐き気止め	飲み薬・座薬 使用した時間 ( 時 分)		
けいれん止め	飲み薬・座薬 使用した時間 ( 時 分)		

【利用料金の確認】	( ) 生活保護世帯に該当する
	( ) 市町村民税非課税世帯に該当する
※住所が町内にあり上記に該当する場合は、減免となる場合があるので ( ) に○をつけてください。	