

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適当と認めた時は、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	～	年 月 日
病名			
かかりつけ病院	名称 住所		
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・せいぜい ヒューヒュー・その他 ()
咳	多・中・少・なし 様子 ()		排泄
水分量	昨夜 普通・少量 今朝 普通・少量	嘔吐	昨夜 無・有 (回) 今朝 無・有 (回)
発疹	無・有 (どこに いつから)		食事
痛み	無・有 (どこに いつから)		
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 使用した時間 (時 分)	吸入	無・有 吸入した時間 (時 分) (時 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。

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適当と認めた時は、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。

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。

氏名 利根 次郎

住所 利根町布川〇〇〇番地〇〇

(児童)

ふりがな 氏名	トネ タウ	生年月日
	利根 太郎	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 携帯 012-3456-7890	父	勤務先 利根町役場 電話番号 0297-68-2211
	②	利根 花子 携帯 012-3456-7891	母	勤務先 〇〇店 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		
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・せいぜい ヒューヒュー・その他 (普通)
咳	多・中・少・なし 様子 ()		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 今朝 普通・少量	嘔吐	昨夜 無・有 (回) 今朝 無・有 (回)
発疹	無・有 (どこに いつから)		食事
痛み	無・有 (どこに いつから)		
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 薬を飲ませることが難しかったですが、練りながら少しづつ飲んでくれた。</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 使用した時間 (19時00分)	吸入	無・有 吸入した時間 (時 分)
吐き気止め	飲み薬・座薬 使用した時間 (時 分)		(時 分)
けいれん止め	飲み薬・座薬 使用した時間 (時 分)		(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。