

高知市病児保育事業利用申請書

高 知 市 長 様

令和 年 月 日

病児保育事業の利用を申請します。利用にあたっては、次のことに同意します。

1 利用に際しては、病児保育事業実施施設（以下「施設」という。）の指示を遵守すること。

2 この申請書を施設で使用するこゝと、並びに高知市が施設より利用状況の報告を受けること。

（注1）利用にあたっては、医師記入済みの「高知市病児保育事業診療情報提供書（医師連絡票）」が必要です。

（注2）児童の容態によっては、保護者に連絡を取りますので、必ず連絡が取れるようにしてください。

申請者 (住所) 高知市

(保護者)

(氏名)

フリガナ					
児童氏名		性別	男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)
通園（通学）中の 保育園・小学校等	(保育園・幼稚園・小学校・託児所)				
一時保育を利用 する保育園	保育園 (予約状況 月 日～ 月 日) (保育所・園等に在籍していないお子さんであつて仕事や社会的事由により一時保育を予約しているときのみ)				
利用希望期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 まで (日間)				
家庭保育ができない理由 (該当するもの全て)	☐ 勤務の都合（父・母・その他： ） ☐ 保護者の傷病（父・母・その他： ） ☐ 出産（出産予定日等 ） ☐ その他（具体的に ）				
児童の症状 について	1 いつから症状が出始めましたか？ (月 日 時頃) 2 具体的な症状は？ 発熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 頭痛 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ 食欲低下 発疹 ・ 目やに ・ その他 ()				
既往歴	☐ 突発性発疹	発症年齢	歳 か月	☐ 中耳炎（直近⇒ 歳 か月）	
	☐ 熱性けいれん	初回	歳 か月		
		直近	歳 か月 (これまでに 回目)		
		処方薬			
	☐ 気管支喘息	治療	☐ している ☐ 発作時のみ ☐ していない		
		薬	☐ 内服薬 ☐ 吸入療法		
☐ その他					
アレルギー	☐ 無 ☐ 有⇒ ☐ 食物（具体的に： ） ☐ 薬物（具体的に： ）				
アレルギーに対して処 方されている薬	エピペン ・ 抗アレルギー薬 ()				
持病等がかかっている 病院	病院名 () 病名 ()				
持病等で定期的に処 方されている薬	☐ 有⇒ () 使用のタイミング ()				
予防接種歴	利用日の1週間以内に予防接種をうけましたか？⇒ (月 日)				
保育上、注意して もらいたいこと等					
緊急連絡先	順位	氏 名	続柄	電話番号	勤務先等名称
	1		父・母 その他 ()	(携帯・勤務先)	
	2		父・母 その他 ()	(携帯・勤務先)	