

横浜市病児・病後児保育事業利用申込書

医療法人横浜未来ヘルスケアシステム
戸塚共立ひかり病児保育室

申込者名

- 1 次のとおり、横浜市病児・病後児保育事業を利用したいので、主治医の連絡書を添付して申し込みます。
- 2 病児保育事業の利用期間中は、病児保育事業実施医療機関の指示に従います。
- 3 児童の状態が変化して病児・病後児保育事業での対応が困難になり、病児・病後児保育実施機関が利用を不相当と認めた時は、病児・病後児保育事業の利用の中止に同意します。

保 護 者	保護者氏名		続柄	緊急連絡先	
				連絡先	
	携帯電話	-	-	電 話	()
	携帯アドレス				
				連絡先	
	携帯電話	-	-	電 話	()
携帯アドレス					
利用事由(該当するところに○をつけてください) 1 勤務の都合 2 その他 ()					

登 録 児 童	児童氏名		性別	生年月日					
	(ふりがな)			年 月 日生 (歳 か月)					
	住所 (〒 -)		電 話 ()						
	通園施設等 (区)				<table border="1"> <tr><td>1 認可保育所</td></tr> <tr><td>2 横浜保育室</td></tr> <tr><td>3 その他</td></tr> </table>		1 認可保育所	2 横浜保育室	3 その他
	1 認可保育所								
	2 横浜保育室								
	3 その他								
	1 保育所に通園している	→ 施設名	→						
	2 通園していない	電 話 ()							
	3 小学校に通っている	小学校名							
	かかりつけの医師								
	医療機関名		電 話 ()		担当医師名				
	利用期間	申請時		年 月 日～ 年 月 日 (日間)					
	今回の病気 について	病 名			今朝の体温	℃			
現在の症状 (当てはまるものに○をつけてください)									
発熱 発疹 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 下痢 吐き気									
食欲低下 頭痛 めやに その他 ()									
保育園などで流行っている病気はありますか? ない・ある ()									
栄養方法	処方薬を受けて (いる・いない) 市販薬を飲んで (いる・いない)								
	□授乳中 (①母乳 ②人工 ③混合 1回 cc× 回)								
	□離乳中 (①ドロドロ ②舌でつぶせる ③歯茎でつぶせる ④歯でかめる)								
食事状況	□普通食 アレルギー等による食事制限 (①必要 ②不必要)								
	①全面介助 ②一人で食べるがかなりこぼす ③一人で食べる(はし・スプーン)								
行 動	①寝ている ②首がすわっている ③寝返る ④座る ⑤はう ⑥立つ								
	⑦伝い歩き ⑧歩行自由 ⑨睡眠(入眠方法:)								
排 泄	①おむつ(排泄教える・教えない) ②時々おもらし ③自立								

○利用料(給食費等の実費除く): 1人1日2,000円

※横浜市在住の生活保護世帯、市民税非課税世帯及びひとり親家庭等福祉医療証を保持する世帯: 全額減免

(「非課税証明書」「ひとり親家庭等福祉医療証」などの証明書類を、利用される施設へ提示してください)