

(提出先) 実施施設長
(平塚市長)

申請者 住所 _____

氏名 _____

病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり申請します。また、利用にあたり下記同意事項に同意します。

連続2日以上ご利用する場合、2日目以降は申請内容に変更あればご記入ください。無ければ裏面のみご記入ください。				
フリガナ 児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日 (歳 か月)	
呼び名	平熱	℃	現在の体重	kg
緊急連絡先 ※必ず連絡が取れるところを御記入ください。	①氏名		(続柄:)	
	電話番号	- -	<input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	
	②氏名		(続柄:)	
	電話番号	- -	<input type="checkbox"/> 携帯電話 <input type="checkbox"/> 勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅	
申請理由	1 就労 2 傷病 3 出産 4 冠婚葬祭 5 その他 ()			
利用予定期間	年 月 日 () ~ 年 月 日 ()			
給食	依頼する・依頼しない ※ 食物アレルギー(除去食品)がある場合は、お弁当を御持参ください。			
普段の様子 (あてはまるものに○)	食事	母乳・ミルク・離乳食(初期・中期・後期・完了期)・普通食		
	排泄	尿 1日平均 回 便 1日平均 回 (普通・硬め・軟らかめ) おむつ(教える・教えない) ・ トレーニングパンツ ・ 自立		
	睡眠	夜 時 分~朝 時 分 お昼寝 時 分~ 時 分		
	行動	寝返りする・座る・はう・立つ・伝い歩き・歩行自由		
食べ物の好き嫌い	好き	嫌い	その他	好きな遊びやキャラクター等あれば御記入ください。

電話予約の場合のみ御記入ください。病児予約ネットサービス「あずかるこちゃん」で予約した場合は記入不要です。

送迎者	送り () 迎え () お迎え時間 (:)
-----	---------------------------

該当の場合のみ御記入ください。

減免	次の理由により、証明書類を添えて利用料の減免を申請します。	
	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 (証明書類: 生活保護受給証明書) <input type="checkbox"/> 市区町村民税非課税世帯 (証明書類: 最新の市区町村民税非課税証明書) ※ 減免の対象となるのは利用料です。給食費等の実費は、利用に応じて別途お支払ください。	

同意事項 (☑を入れてください)

- 平塚市病児・病後児保育事業の利用対象となる児童であっても、その健康状態等から実施施設が判断した結果、受入れできない場合があること。
- 利用中は実施施設職員の指示を守ること。
- 利用中の児童の症状等によっては、保護者へ連絡し利用を中止することがあること。
- 児童の症状が急激に悪化する緊急時には、保護者の同意を得た上で、医療機関での受診、治療、処置が行なわれること。また、保護者との連絡が取れない場合でも、これらが行なわれることがあること。
なお、その際発生する医療費等は、保護者が負担すること。
- 実施施設は、細心の注意を払って事業を実施するが、やむを得ず病児・病後児保育室内で利用児童同士の感染が起こった場合、実施施設及び平塚市は責任を負わないこと。
- 登録や利用申請において実施施設及び平塚市が知りえた情報は、病児・病後児保育事業の範囲において、必要に応じて医療機関等に提供される場合があること。
- 児童が実施施設を利用した際、病児・病後児保育事業医師連絡票を記入した医療機関と実施施設職員との間で、利用児童の病状や利用中の様子等について情報を交換する場合があること。
- 事業実施にあたり、万一事故等が発生しても、実施施設側の故意又は重過失である場合を除き、実施施設及び平塚市は責任を負わないこと。

以下の太枠内は毎回の利用で記入が必要です。

児童氏名			利用日	年 月 日 ()	
経過	症状が出た日(月 日 体温 ℃ 症状) 受診した日(月 日 体温 ℃)				
本日の症状	体温	朝 ℃ 昨夜 ℃	呼吸	ふつう ・ はやい ・ 苦しそう	
	鼻水	なし ・ あり(色:)	せき	なし ・ 少ない ・ 多い	
	発疹	なし ・ あり(部位:)	痒み	なし ・ あり	
	機嫌	良い ・ ふつう ・ 良くない	嘔吐	なし ・ あり(24時間以内に 回)	
日常生活 (本日の状態)	水分	よく飲む ・ あまり飲めていない ・ 飲めていない			
	食欲	ある ・ あまりない ・ ない	ミルク	時間 :	量 ml
	朝食	時間 : 内容			
	睡眠	よく眠った ・ あまり眠れていない ・ ほとんど眠れていない (睡眠時間 : ~ :)			
	排尿	朝 回	量: ふつう ・ 多い ・ 少ない		
	排便	朝 回(性状) / 昨日 回(性状)			
与薬	・ お預かりできる薬は、処方薬に限ります。市販薬はお預かりできません。 ・ 病後児保育室の場合は、解熱剤はお預かりできません。 ・ 依頼する薬の情報が記載された用紙、おくすり手帳を御持参ください。 ・ 薬の持参方法は各保育室にご相談ください。 依頼する ・ 依頼しない 与薬依頼者サイン()				
	朝の内服	なし・あり 薬名() 与薬時間: :			
	昼の内服	なし・あり 食前 ・ 食間 ・ 食後 飲ませ方()			
	頓服	なし・あり 薬名() 最終与薬時間: :			
その他	伝えておきたいことがありましたら御記入ください。				

以下は保育室が記入します。

お薬	預かり者	氏名 <input type="checkbox"/>	薬名 <input type="checkbox"/>	目的 <input type="checkbox"/>	
	与薬者	量 <input type="checkbox"/>	時間 <input type="checkbox"/>	飲ませ方 <input type="checkbox"/>	
病名: () 日目 利用時間 : ~ :					
時間	生活 (与薬・処置)	体温	排泄	様子	食事
					昼食 形態() こんだて 食べた量
連絡事項				園長印	