

病児保育室ひこうき雲利用申込書

(一関市以外在住のご家庭用)

年 月 日

病児保育室ひこうき雲 宛

申請者住所 _____

氏名 _____

病児保育室ひこうき雲を利用したいので、次のとおり申請します。利用期間中は、施設の指示に従います。

フリガナ			性別	生年月日	年 月 日
児童氏名			男・女	申請者との続柄	
通所施設	保育所(園)・こども園 ・幼稚園・小規模・家庭的・小学校		連絡先	- -	
利用を希望する日時	年 月 日 時 分～ 時 分				
家庭で保育を行うことが困難である理由(当てはまるものに○)	続柄		就労、妊娠・出産、疾病・障害、介護・看護、その他()		
	続柄		就労、妊娠・出産、疾病・障害、介護・看護、その他()		
今回の病気について	医療機関名				
	病名				
	症状 (当てはまる症状すべてに○)		発熱・発疹・咳・鼻水・のどの痛み・腹痛・ けいれん・下痢・吐き気・食欲低下・頭痛・ めやに・感染症回復期・外傷・その他() 症状がはじまった時期(月 日頃から)		
	食事の状況 (授乳の時間・回数、離乳の状況など)				
	食事制限の有無(理由)		なし・あり()		
	与薬		なし・あり()		
	その他				
緊急連絡先	氏名:		続柄:		氏名:
	電話番号:				電話番号:
お迎えにくる方		氏名:		続柄:	