

美 唄 市 病 児 保 育 利 用 申 込 書

申 込 日 年 月 日

(あて先) 美 唄 市 長

氏 名 印

申 込 者
(保 護 者) 住 所

電 話 番 号 - -

病児保育を利用したいので、次のとおり申込ます。

利 用 児 童	ふりがな		氏 名		子 の 愛 称		男 ・ 女	生 か 月 (歳)
	病 名				保 育 所 ・ 幼 稚 園 等			
	利 用 日 時 と 送 迎 者	①	/ : ~ : 送 迎					
		②	/ : ~ : 送 迎					
		③	/ : ~ : 送 迎					
		④	/ : ~ : 送 迎					
		⑤	/ : ~ : 送 迎					
市立美唄病院以外のかかりつけ病院名								
保 護 者	続 柄	ふりがな	氏 名		・	・	生	勤 務 先 TEL - -
	続 柄	ふりがな	氏 名		・	・	生	勤 務 先 TEL - -
	生活保護の受給状況		1. 受給中 2. 受給していない					
緊 急 連絡先	1 番 目	TEL - -			2 番 目	TEL - -		
児童を家庭で看護できない理由 (全てに○)		1. 勤務の都合 2. 傷病 3. 出産 4. 親族の冠婚葬祭 5. 利用児以外の子の行事 6. その他やむを得ない理由 ()						

同 意 書

病児保育の利用にあたり、次の事項に同意します。

病児保育の利用中に、利用児童の体調の急変等があり、医師により医療行為が必要と診断されたときは、事前に保護者に連絡することを原則としますが、速やかに連絡が取れない場合又は緊急を要する場合は、保護者との連絡よりも医療行為を優先することがあります。

(あて先) 美唄市長

申込者（保護者）氏名 印

※申込者（保護者）氏名は、記名押印に代えて署名することができます。

【裏面もあります】

◆今回の病気で、あてはまる主な症状の全てに○をつけてください。また必要箇所を記入してください。

	1.発熱（ 度）	2.発疹	3.せき	4.のどの痛み	5.呼吸がぜいぜいする	6.鼻水	7.腹痛 8.下痢	9.嘔吐	10.頭痛	11.けいれん	12.食欲低下	13.目やに	14.とびひ	15.喘息発作 16.その他（ ）
今の便の状態	1.普通	2.軟便	3.泥状	4.水状	5.粘液状	6.血便								

食事など	1. ひとりで食べられる 2. ひとりで食べられるがかなりこぼす 3. 介助が必要		
	給食の希望	1. 希望する（アレルギー食や好き嫌いには対応できません） 2. 希望しない	
	おやつ持参	1. あり（食べさせる時間） 2. なし	
	ミルク持参	1. あり（飲ませる時間と量） 2. なし	
	アレルギー	1. あり（ ） 2. なし	
	好き嫌い	1. あり（ ） 2. なし	
	日頃の食欲	1. 旺盛 2. 普通 3. 小食	
排泄など	おむつの使用	1. 使用しない 2. 寝るときのみ使用 3. 常時使用	
	トイレの使用	1. ひとりでできる 2. 介助が必要	
	鼻かみ	1. ひとりでできる 2. 介助が必要	
睡眠	お昼寝	1. ほぼ毎日する 2. たまにする 3. ほとんどしない	
	添い寝	1. ひとりで寝られる 2. 添い寝が必要	
その他、お子さんの癖や心配なことなどがありましたら具体的に記入してください。 			

月分保育料		月分保育料	
世帯区分	保育料/日	世帯区分	保育料/日
ア. 生保 イ. 非課税 ウ. 課税 エ. 市外	円	ア. 生保 イ. 非課税 ウ. 課税 エ. 市外	円
備 考			