様式第２号

　平成　　年　　月　　日

大槌町病後児保育事業利用申込書

　大槌町長　宛て

申請者（保護者）　住　所　大槌町

氏　名　　　　　　　　　　　　　印

電　話

　次のとおり、大槌町病児保育事業を利用したいので、大槌町医師連絡票を添付して申し込みます。なお、利用期間中は実施施設の指示に従います。（該当箇所に☑をしていください。）

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | | 性　別 | 生年月日 | 年　齢 |
| 児童氏名 |  | | | 男・女 | 年　月　日 | 歳　　か月 |
| かかりつけ医療機関 | 医療機関名    担当医  住所    電話番号 | | | 緊急連絡先 | ①緊急連絡先 | ②緊急連絡先 |
| 氏名  続柄  電話（自宅）    電話（勤務先） | 氏名  続柄  電話（自宅）    電話（勤務先） |
| 通園施設 | 施設名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号 | | | | | |
| 利用事由 | □勤務の都合　　□傷病　　□事故　　□出産　　□冠婚葬祭  □　その他　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 希望期間 | 年　　月　　日　～　　年　　月　　日（　　　日間） | | | | | |
| 今回の病状 | 病名 | | （今朝の体温　　度　　分） | | | |
| 症状 | | □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　□目やに　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　） | | | |
| 通園施設等を休んでいる期間：　　　年　　　月　　　日から　　　　日間 | | | | | |
| 服薬 | | 処方薬を服用：□有　・　□無　　　　　　市販薬を服用：□有　・　□無 | | | |
| 栄養方法 | | □授乳中（□母乳　□人口　□混合　　　　　　　　ＣＣ／１回×　　回　）  □離乳中（□ドロドロ　□舌でつぶせる　□歯茎でつぶせる　□歯でかめる）  □普通食（アレルギー等による食事制限が　□必要（　　　　　　）　□不要） | | | | |
| 食事状況 | | □全面介助　□一人で食べるがこぼす　□一人で食べる（□はし・□スプーン） | | | | |
| 行動の様子 | | □寝ている　□首がすわっている　□寝返る　□座る　□這う　□立つ  □伝え歩き　□歩行自由 | | | | |
| 排泄の様子 | | □おむつ（□教える・□教えない）　□時々おもらし　　□自立 | | | | |
| 連絡事項 | | □与薬希望 | | | | |