

横浜市病児・病後児保育事業利用申込書

病児・病後児保育事業実施機関名

星川小児クリニック病児保育室アニモ

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	
	携帯電話 — —			連絡先	
	携帯アドレス			電 話	
	携帯電話 — —			連絡先	
	携帯アドレス			電 話	
	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 ( )		横浜市 区				
	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寡婦 (夫) 控除のみなし適用により市民税非課税相当と認められた世帯 (一時保育等、保育料の場合に限る。) : 全額減免

(「非課税証明書」、「寡婦 (夫) 控除のみなし適用通知書」などの証明書類を、利用される施設へ提示してください)