

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)		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)