

稚内市病児保育事業利用（変更）申込書

年 月 日

稚内市病児保育事業実施施設長 様
 (病児保育室 はぐくみ)

(申請者)
 住 所 稚内市
 氏 名

㊞

次のとおり、稚内市病児保育事業の利用を申請します。

ふりがな		続柄	生年月日・年齢	性別
児童氏名			年 月 日 (歳 月)	男・女
通院中の病院名			通っている保育所・学校等の名称	
利用希望 期 間	申請時	令和 年 月 日～令和 年 月 日 () 日間 (時 分 ～ 時 分)		
	変更時	令和 年 月 日～令和 年 月 日 () 日間 (時 分 ～ 時 分)		
家庭で保育が 困難な理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> その他 ()			
主な症状等	1 病名 () 2 症状： <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 ()			
既往症	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 風疹(三日ばしか) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 心疾患 <input type="checkbox"/> その他 ()			
アレルギー について	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合は、その内容・症状を下記へ詳細に記入してください。)			
	<input type="checkbox"/> 食べ物 ()			
	<input type="checkbox"/> 薬 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
予防接種 (接種済みの ものを全て)	<input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> BCG(結核) <input type="checkbox"/> 四種混合(百日咳・ジフテリア・破傷風・ポリオ) <input type="checkbox"/> MR(麻疹風疹混合) <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他 ()			
児童に対する 留意点				
【迎えに来る人】	続柄	迎え予定時刻	連絡先電話	勤務先名称/電話
【上記以外の緊急時連絡先・電話】 ※必ず連絡のつく方をお願いします。				
①	()			
②	()			