**病後児保育利用申込書**

子育てサポートハウス「わんぱぁく」施設管理者　様

　貴施設の病後児保育事業の利用について、次のとおり申し込みます。

**（保護者記入欄）**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | 男・女 | | 生年月日 | | 年　月　日（　歳） | | |
| 緊急連絡先 | 氏名 | 続柄 | | 電話番号　※確実に連絡できる番号を記入 | | | | |
| お迎えの時間 | 午前 ・ 午後　 時　 分 | お迎え者 | |  | | | 続柄 | |
| 利用期間 | 令和　年　月　日から令和　年　月　日まで　日間 | | | | | | | |
| 安静度 | 室内保育（静かな遊びは可能）  室内安静（安静に過ごす） | | 食事  制限 | | なし　・　あり（　　　　　　） | | | |
| 与薬 | なし　　　　・　　　　あり  ※施設での薬の服用を希望する場合は、「お薬連絡票」をご記入の上、お薬手帳またはお薬の説明書と一緒に提出してください。（医師から処方された薬に限ります。） | | | | | | | |
| 添付書類  （レ印） | □　お薬連絡票（該当者のみ） | | | | | | | |
| 承　諾　書  ・貴施設のご指示を守ります。  ・症状の急変などによる緊急の場合、医療機関に受診させることを承諾します。  ・病後児保育での対応が難しいと認められたとき、または事業利用が思わしくないと認められたときは、病後児保育の利用を直ちに中止し、すみやかに迎えに行きます。  令和　　　年　　　月　　　日    保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | |

**＊（主治医記入欄）**

|  |  |
| --- | --- |
| 症状（病名） |  |
| その他（指示事項） |  |
| 主治医所見 | □診断の結果、症状急変の心配がなく、病後児保育の利用が可能と思われます。  令和　　年　　　月　　　日  医療機関名  電話番号  医師名　　　　　　　　　　　　㊞ |