

「ひだまり」利用申請書

番号

大津町長 様

令和 年 月 日

下記のとおり大津町病児・病後児保育事業の利用を申請します。

住所

保護者氏名

㊞

電話番号 () —

緊急連絡先

会社名等

TEL () —

(連絡氏名)

ふりがな 児童氏名	男・女
生年月日	H・R 年 月 日生まれ(歳 力月)
病名	
現在かかっている 病院名	TEL
利用日時	月 日 時 分 ~ 時 分
就園・就学先	保育園・幼稚園・自宅・小学校・託児所
今回利用を希望する 保護者の具体的理由	
健康保険被保険者 番号	

予防接種	BCG	受けていない ・ 受けた	
	MR 混合	受けていない ・ 受けた(1期 ・ 2期)	
	B型肝炎	受けていない ・ 受けた(1回 ・ 2回 ・ 3回)	
	日本脳炎	受けていない ・ 受けた	
	ヒブ	受けていない ・ 受けた(1回・2回・3回・追加)	
	水ぼうそう	受けていない ・ 受けた	
	肺炎球菌	受けていない ・ 受けた(1回・2回・3回・追加)	
	4種混合(3種混合+ポリオ)	受けていない ・ 受けた(1期1回・2回・3回・1期追加)	
	おたふく	受けていない ・ 受けた	
	ロタウイルス	受けていない ・ 受けた	
	その他	()	
既往歴	・熱性けいれん ・ぜんそく ・川崎病 ・じんましん ・食べ物アレルギー () ・いままでに入院や手術をされたことがありますか？ ない ある…(いつ： (病名：		
アレルギー体質	有(詳しく：) ・ 無		
今回の病気について	病院(医師)は		受診している
	投薬を受けていますか		受けている ・ いない
	園・学校はいつから休んでいますか		月 日 から
現在の病状あるものにすべて○を付けてください。病状の経過なども詳しく記入して下さい。その他心配事などもどうぞ。	今朝の体温(°C 時) 平熱(°C) 咳 鼻水 頭痛 吐き気 ぜんそく発作 下痢 腹痛 発疹 目やに その他() 元気なし 食欲なし []		
入室中の食事と服薬について	ミルク	要・不要(持参)	最後に飲ませた時間 時 分
		飲ませ方:1回	cc 回/日
	服薬	要・不要	最後に飲ませた時間 時 分
お迎えに来られる方	名前 [父・母・その他(続柄)]		