大津町病児・病後児保育事業

**「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　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡　　（　　　　　　　　　）　　　　　　―　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（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　　　　カ月） |
| 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〇を付けてください。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（　　　　　　　℃　　　　時）　　　平熱（　　　　　　　　℃）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　　　　　　　㏄　　　　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）　　　　〕** |