

## 県西総合病院病児保育事業利用(変更)申込書

(あて先) 県西総合病院 病院長 様

貴施設の病児保育事業を利用したいので、下記の事項について誓約します。

### 記

- 1 病時保育事業の利用期間中は、事業実施者の指示に従います。
- 2 利用者の現在状況は、利用者状況(別紙)および「県西総合病院病児保育事業利用連絡書」のとおり相違ありません。
- 3 事業実施者が必要と認めたときは、申し込み時及び病児保育期間中に診療(処置行為を含む。)を受けることを承諾します。
- 4 事業実施者において、児童の状態が変化して病児保育事業での対応が困難と認めたとき又は事業利用を不相当と認めたときは、病児保育事業の利用を直ちに中止し、すみやかに迎えに行くことに同意します。

(保護者) 氏名 ㊟  
 住所 〒 -  
 電話 ( )

利用事由(保護者の状況)について、該当するところに○をつけてください			
1 勤務の都合	2 傷病	3 事故	4 出産
5 冠婚葬祭	6 その他( )		
利用期間	平成 年 月 日( ) ~ 平成 年 月 日( )		
利用時間	午前・午後 時 分 ~ 午前・午後 時 分		
送迎者	(送り) (迎え)		

### 【緊急連絡先】

	保護者氏名等	続柄	緊急連絡先
保 護 者	携帯電話 ( )		勤務先 電話 ( )
	携帯電話 ( )		勤務先 電話 ( )

利用  
児童  
状況

児童氏名				性別	生年月日
ふりがな					平成 ( 年 歳 月    日 ヶ月) 生
身長	cm	体重	Kg	性格	
<b>通院施設等</b>					
1 認定保育所 (        市				保育園)	
2 認定外保育所 (        市				)	
3 小学校 (        市				小学校)	
4 幼稚園 (        市				幼稚園)	
5 その他		( 自宅で保育 ・ その他 )			
<b>かかりつけ医 ( 担当医 )</b>					
医療機関名			電話 (                  )		
<b>既往歴 ( 今までにかかった病気【    】の内容に○または記入してください。)</b>					
1 突発性発疹    2 麻疹(はしか)    3 水痘(水ぼうそう)    4 風疹(三日ばしか) 5 咽頭結膜炎(プール熱)    6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)    7 百日咳 8 ヘルパンギナー    9 肺炎    10 とびひ    11 B型肝炎(キャリア含む) 12 喘息・喘息様気管支炎【薬の服薬は、毎日 ・ 憎悪時】    13 アトピー性皮膚炎 14 川崎病【心臓合併症 有 ・ 無 】    15 熱性けいれん【初回   歳、最後   歳】 16 てんかん    17 その他【    】					
<b>予防接種 ( これまでに受けた予防接種の番号と【    】の回数に○をつけてください。)</b>					
1 四種混合【 I期 1回目・2回目・3回目・追加】    2 BCG    3 麻疹(はしか) 4 日本脳炎【 I期 1回目・2回目・3回目・追加】    5 風疹(三日ばしか) 6 水痘(水ぼうそう)    7 ポリオ【 1回目 ・ 2回目 】 8 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)    9 インフルエンザ ( 年 月) 10 その他【    】					
<b>入院の経験 ( 入院の経験がある場合は、入院時の年齢と病名を記入してください)</b>					
1 ない 2 ある【    歳   ヶ月 : 病名    】 【    歳   ヶ月 : 病名    】					
<b>常時服用している薬</b>					
1 ない    2 ある【具体的に :    】					
<b>その他 (薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮してほしいことについて記入してください)</b>					