

緊急連絡先は必ず2ヶ所記入してください。勤務先の場合は、勤務先・部署名まで記入をお願いします。

保護者① 氏名		勤務先		続柄 ( ) TEL ( )		—	
保護者② 氏名		勤務先		続柄 ( ) TEL ( )		—	
(フリガナ)		男・女	平成 年 月 日生				
子ども氏名			( 歳 簡月)				
主な症状							
利用予定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日						
就園・就学先	保育園・幼稚園・小学校						
利用を希望する具体的な理由							
裏面の注意事項を承諾し利用を申込みます。							
				申請者 住 所			
				保護者氏名 <span style="float:right">㊞</span>			

(医療機関記入欄)

診 断 日	平成 年 月 日	病児保育事業 利用の可否	可 ・ 否
診 断 名		症状 (○印)	1. 急性期 (発熱等)      2. 回復期 (下熱・微熱等)
安静度 (○印)	1. ベッド上で安静      2. 隔離室で隔離 3. 室内で安静 (ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 4. 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)		
食事 (昼食) (○印)	・ 要      ・ 不要		
処方内容			
医療機関名	杵築市立山香病院	診断医師名	㊞

(実施委託事業者承諾欄)

下記のとおり病児保育室への利用を承諾します。		登録番号
・利用期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで ( 日間)	
実施委託事業者 氏 名		

