

近江八幡市乳幼児健康支援一時預かり事業（病児保育）利用申込書

利用対象者は、病児・病後児保育事業の病児対応型（児童が病気の「回復期に至らない場合」であり、かつ、当面の症状の急変が認められない場合において、当該児童を病院、診療所、保育所等に付設された専用スペース又は本事業のための専用施設で一時的に保育）を希望される方

お子さまの名前	(ふりがな)		年 齢	歳	カ月
保護者氏名			在籍保育所等名		
緊急連絡先	①		お迎えの時間	時	分
確実に連絡が取れるところ	②		診 察	要	不要
現在の 症 状		今朝	昨夜	備考	
	体温	℃	℃	座薬の最終使用時刻	
	嘔吐	回	回	昨夜の睡眠時間	
		()	()		
	下痢	回	回	いつもの飲ませ方	
		()	()		
	食事				
内服					
排泄	ひとりで				
	手助け ()				
	おむつ				

※上記のとおり、病児保育を利用したいので、申し込みします。

なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

また、病状の変化により病児保育を中止し、必要に応じて医療を施すことを了承します。

年 月 日

保護者名 _____ 印

近江八幡市長 _____ 様