

下野市長 様

申請者 住所  
(保護者)

氏名 (児童との続柄： )  
ⓐ

下野市病児保育事業（病後児対応型）利用申請書

下記の児童について、下野市病児保育事業を利用したいので、別紙主治医の病児保育事業連絡票を添付のうえ申請します。

児童	ふりがな 氏名	年 月 日生 ( 歳 ケ月)		男 女	子の愛称 平熱	℃
	住所					
	電話番号					
利用期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)					
利用施設名			病名			
在籍園・学校名			電話番号			
緊急連絡先 (勤務先・携帯 番号)	名称			電話番号		
	名称			電話番号		
	名称			電話番号		
お子さんを 家庭で看護 できない理由	1. 保護者の勤務 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. 災害 7. 出張 8. 学校の行事 9. その他社会的にやむを得ない事由 ( )					
お迎え予定時刻	時 分頃	お迎えに来る人	父・母・その他 ( )			
主治医名 (かかりつけ 医)						
	電話番号					
入室までの経過	(発熱の場合) 昨日から今朝にかけて解熱剤を使用しましたか。 使用した・使用していない ・使用した場合：( ) 時に 内服薬 (薬の名前： /量 ) 座薬 (薬の名前： /量 ) その他					
投薬 (処方箋に限 る)	依頼する・依頼しない ※1回ずつに分けた上で名前を書き、処方内容や服用の間隔が 確認できるもの(薬剤情報提供書や薬の袋など)を必ず一緒 にお持ちください。					

【裏面もご記入ください。】

