

# 千葉県病児・病後児保育事業利用申請書

(あて先)千葉県長

申請日 年 月 日

千葉県病児・病後児保育事業を利用したいので、申請します。

対象児童	フリガナ		体重	児童の所属	保育所(園)等 幼稚園 小学校
	氏名		Kg		
	生年月日等	年 月 日生	男・女	(0歳 か月)・(1歳 か月)・(2歳 か月) 3歳以上園児( 歳 か月)・小学生( 歳・ 年生)	
自宅住所の区(市外の方は保育所等の区) 中央区・花見川区・稲毛区・若葉区・緑区・美浜区 ○で囲む					
申請者(保護者)	フリガナ			続柄	対象児童から見て
	氏名				
	緊急連絡先	優先順位 位 勤務先名 連絡先 ( )		優先順位 位 携帯番号 ( )	
連絡先電子メールアドレス				@	
<p>1. 本日お迎に来る方について          ①氏名( ) ②続柄 対象児童から見て( )          ③お迎えの予定時刻( 時 分) ④お迎えの人の連絡先( )</p> <p>2. 継続利用の有無について          (1. 病状によって利用したい 2. 病状に関わらず利用しない) ※利用を希望している方は、予約状況をご確認下さい。</p>					

## 家庭からの連絡表

前日10(時) 12 14 16 18 20 22 当日0 2 4 6 8 10 12

体温														
睡眠														
食事・おやつ														
水分・ミルク														
尿														
便														
くすり・吸入														
お子さんの様子														

- 現在みられる症状 発熱 咳 鼻水 喘鳴 発疹 嘔吐 下痢 腹痛 頭痛 咽頭痛 その他( )  
それぞれの症状が、いつから始まったかを記載して下さい( 月 日から)
- 気になること、要望等  
アレルギー対応(要・不要) どのようなアレルギーかを記載して下さい( )

- 本日の保育中に服用薬について (A.ある B.ない C.処方希望)  
Aの場合のみ以下記入

薬の名前	形状 (粉薬=粉 水薬=水 錠剤=錠 塗り薬=塗 坐薬=坐)					一回用量(包・ml・目盛り・錠)	服用(塗布)させる時間
	粉	水	錠	塗	坐		
						(包・ml・目盛り・錠)	
						(包・ml・目盛り・錠)	
						(包・ml・目盛り・錠)	

※ 薬の名前が分からない場合は保育室で飲ませられませんので、処方した医師に薬の内容をお問い合わせ下さい。  
 ※ 薬に氏名と薬名を記入して、その日に使う分だけ、お持ち下さい。

## 実施施設記入欄

今回の病名	上気道炎 気管支炎 喘息 胃腸炎 水痘 ヘル手足 インフルエンザ その他					
市内 <input type="checkbox"/>	生活保護世帯・市民税非課税世帯		市民税所得割額非課税等世帯		その他世帯	
	一日	~6時間	一日	~6時間	一日	~6時間
市外 <input type="checkbox"/>	無料	無料	1,020円	610円	2,050円	1,230円
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

連絡票番号