

高知市病児保育事業利用申請書

記入例と注意点

令和 年 月 日

高知市長様

病児保育事業の利用を申請します。利用にあたっては、次のことに同意します。

- 1 利用に際しては、病児保育事業実施施設（以下「施設」という。）の指示を遵守すること。
- 2 この申請書を施設で使用すること、並びに高知市が施設より利用状況の報告を受けること。

（注1）利用にあたっては、医師記入済みの「高知市病児保育事業診療情報提供書（医師連絡票）」が必要です。

（注2）児童の容態によっては、保護者に連絡を取りますので、必ず連絡が取れるようにしてください。

お子さんと同じ住所・世帯にいる
保護者の方の住所と氏名を記入
してください。

申請者 (住所) 高知市
(保護者)
(氏名)

フリガナ					
児童氏名	性別	男・女	生年月日	平成・令和 年 月 日 (歳 か月)	
通園（通学）中の 保育園・小学校等 一時保育を利用 する保育園	(保育園・小学校等) (保育状況) (利用日) 月 日 リフレッシュ目的の一時保育利用時に病児保育事業は利用不可				
利用希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 まで (日間)				
家庭保育ができない理由 (該当するもの全て)	<input type="checkbox"/> 勤務の都合 (父・母・その他:) <input type="checkbox"/> 保護者の傷病 (父・母・その他:) <input type="checkbox"/> 出産 (出産予定日等) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に)				
① 児童の症状 について	() 月 日 時頃) ・()内のその他は同一世帯内にいる大人 ・世帯別でも登録時に父母の記載があれば 父母それぞれの理由の記入が必要 発疹・目やに・その他 () ①~⑧欄はあてはまるものに印をつけ、 必要事項を記入してください。				
② 既往歴	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	発症年齢	歳 か月	<input type="checkbox"/> 中耳炎 (直近⇒ 歳 か月)	
	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん	初回	歳 か月		
		直近	歳 か月	(これまでに 回目)	
		処方薬			
	使用のタイミング				
<input type="checkbox"/> 気管支喘息	治療	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> 発作時のみ <input type="checkbox"/> していない			
薬	<input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 吸入療法				
<input type="checkbox"/> その他					
③ アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ <input type="checkbox"/> 食物 (具体的に:) <input type="checkbox"/> 薬物 (具体的に:)				
④ アレルギーに対して 処方されている薬	エピペン ・ 抗アレルギー薬 ()				
⑤ 持病等でかかっ ている病院	熱性けいれん・気管支喘息・中耳炎など 病院名 () 病名 ()				
⑥ 持病等で定期的 に処方されている薬	<input type="checkbox"/> 有 ⇒ () 使用のタイミング ()				
⑦ 予防接種歴	利用日の1週間以内に予防接種を受けましたか? ⇒ (月 日)				
⑧ 保育上、注意し てほしいこと等					
緊急連絡先	順位	氏名	続柄	電話番号	勤務先等名称
	1		父・母 その他 ()	(携帯・勤務先)	
	2		父・母 その他 ()	(携帯・勤務先)	

