

# 高知市病児保育事業利用申請書

高知市長様

令和 年 月 日

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。

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	(保育園・幼稚園・小学校・託児所)				
一時保育を利用 する保育園	保育園 (予約状況 月 日～ 月 日)				
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 )				
児童の症状 について	1 いつから症状が出始めましたか? ( 月 日 時頃 ) 2 具体的な症状は? 発熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 頭痛 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ 腹痛 ・ 食欲低下 発疹 ・ 目やに ・ その他 ( )				
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			
	<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					
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: )				
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 ( )				
持病等でかかっ ている病院	病院名 ( ) 病名 ( )				
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 ( )				
予防接種歴	利用日の1週間以内に予防接種をうけましたか?⇒ ( 月 日 )				
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)	