

横浜市病児保育事業利用（変更）申込書

横浜療育医療センター病児保育室

申込者名

- 1 次のとおり、横浜市病児保育事業を利用したいので、主治医の連絡書を添付して申し込みます。
- 2 病児保育事業の利用期間中は、病児保育事業実施医療機関の指示に従います。
- 3 病児保育事業実施医療機関の医師が必要と認めたときは、申込時及び病児保育期間中に病児保育事業実施医療機関の診療（通常の診療）を受けることを承諾します。
- 4 児童の状態が変化して病時保育事業での対応が困難になったとき、又は病児保育事業実施医療機関が利用を不相当と認めたときは、病児保育事業の利用の中止に同意します。

保護者	保護者氏名	続柄	緊急連絡先
	携帯電話 ()		連絡先
	携帯アドレス		電話 ()
	携帯電話 ()		連絡先
	携帯アドレス		電話 ()
利用事由（該当するところに○をつけてください） 1 勤務の都合 2 その他 ()			

対象児童	児童氏名	性別	生年月日
	(ふりがな)		平成 年 月 日生 (歳 か月)
	住所 (〒 -) 電話 ()		
	横浜市 区		
	通園施設等		1 認可保育所 2 横浜保育室 3 その他
	1 保育所に通園している → 施設名 →		
	2 通園していない 電話 ()		
	かかりつけの医師		
	医療機関名	電話 ()	担当医師名
	利用期間	申請時 平成 年 月 日～平成 年 月 日 (日間)	
	変更時 平成 年 月 日～平成 年 月 日 (日間)		
今回の病気について（該当するところに○をつけ、必要事項を記入してください）			
1 発熱はありますか	ない・ある いつから ()	今朝の体温 °C、平熱 °C	
2 せきは出ますか	出ない・出る (コンコン・ゴホゴホ・ゼーゼー・ケンケン)		
3 鼻水はでますか	出ない・出る (水鼻・青鼻)		
4 夜は寝られますか	眠られる・寝られない (時々起きてしまう・全然眠られない)		
5 痛みはありますか	ない・ある (頭・のど・おなか・耳 (右・左) ・その他 ())		
6 吐き気はありますか	ない・ある いつから (日 時頃から 回)	最後の嘔吐は 日 時頃	
7 下痢はしてますか	してない・してる いつから (日 時頃から 回/日)	今日 回	
8 水分はとれますか	とれる・あまり飲めない		
9 おしっこの回数は	いつもと同じ・やや少ない・少ない		
10 発疹は出ていますか	ない・ある (顔・足・おなか・おしり・背中・口・その他 ())	(その発疹はいつから出ていますか) 月 日頃から	
11 保育園などで流行っている病気はありますか	ない・ある ()		
12 昨日から今日にかけて解熱剤（熱さまし）を使用しましたか	使用した・使用していない		
13 昨日の最高体温を記入してください	_____ °C		
14 発病から今朝にかけての症状について簡潔に記入してください	[]		