

（表）

島田市病児保育事業利用申込書兼誓約書

年 月 日

（あて先）島田市長

住所 島田市

保護者 氏名

電話番号

島田市病児保育事業を利用したいので、次のとおり申込みます。

また、利用に際しては、利用施設の利用規約又は説明事項に同意し、万一事故が生じて利用施設の故意や過失による場合を除き、一切異議を申し立てないことを誓います。なお、利用施設に提出した個人情報について、利用施設が島田市へ委託事業に必要な情報を提供することに同意します。

ふりがな			在籍園名又は 在籍小学校		
児童氏名					
生年月日	年 月 日 (歳 か月)	歳 児 (学 年)	歳 児	年生	
利用施設					
希望 利用期間 ※連続して7日 を限度に記入 できます。 (閉所日除く)	月 日 ()	時 分 ~	時 分		
	日 ()	時 分 ~	時 分		
	日 ()	時 分 ~	時 分		
	日 ()	時 分 ~	時 分		
	日 ()	時 分 ~	時 分		
緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号	勤務先等	
	①				
	②				
	③				

（裏面もご記入ください。）

(裏)

(1) 病児保育を必要とする理由 (当てはまるものに○印を付けてください)

保護者が

働いているため ・ 傷病のため ・ 出産のため ・ 冠婚葬祭のため
その他 ()

(2) 病名及び病状 (当てはまるものに○印を付けてください)

<病名が分かっている場合>

- | | |
|-----------------|------------------------|
| 01 感冒・感冒様症候群 | 14 手足口病 |
| 02 咽頭炎 | 15 伝染性紅斑 (りんご病) |
| 03 ヘルパンギーナ | 16 流行性耳下腺炎
(おたふくかぜ) |
| 04 気管支炎 | 17 インフルエンザ |
| 05 喘息 | 18 水痘 |
| 06 喘息様気管支炎 | 19 風疹 |
| 07 溶連菌感染症 | 20 アデノウイルス感染症 |
| 08 流行性嘔吐症 | 21 RSウイルス感染症 |
| 09 ヒトメタニューモウイルス | 22 マイコプラズマ感染症 |
| 10 中耳炎・外耳炎 | 23 ロタウイルス感染症 |
| 11 結膜炎 (流角結を含む) | 24 ノロウイルス感染症 |
| 12 伝染性膿痂疹 (とびひ) | 25 その他 () |
| 13 突発性発疹症 | |

<病名不明の場合>

- 26 発熱
27 下痢
28 嘔吐
29 咳嗽
30 喘鳴
31 発疹
32 その他 ()

(3) 医療機関への受診状況についてお答えください。

- ◆ この病気に関して、直近でいつ受診しましたか
年 月 日 () 午前・午後 時ごろ
- ◆ 受診医療機関名
- ◆ お薬の処方 あり ・ なし