

（表）

島田市病後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

島田市病後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) 病後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) 病状及び症状、経過

① 病名 (感染症の場合は、登園許可書が必要です)

② これまでの主な症状 (当てはまるものに○印を付けてください)

・発熱 ・発疹 ・咳 ・鼻水 ・のどの痛み ・腹痛 ・下痢
・吐き気 ・食欲低下 ・頭痛 ・目やに ・その他 ()

③ この症状はいつから始まりましたか? (経過をお書きください)

④ 昨日から今朝にかけての症状について、お書きください。

(今朝の体温 ℃) (下痢 回) (嘔吐 回)

⑤ 昨日から今朝にかけて、何か処置をしましたか?

(3) 医療機関への受診状況についてお答えください。

◆ この病気やけがに関して、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

◆ その他指示がありましたらお書きください。

本利用申込書に診療情報提供書等の写し*を添えて提出してください。

※医療機関及び薬局が発行した日付入りの書類 (診断書、登園許可書、くすりの説明書、医療費領収書、診療明細書) 等の写しのいずれか一つ以上