

様式第2号（第6条関係）

病児・病後児保育（変更）申請書

年 月 日

利府町長 宛
(実施施設経由)申請者 住 所
氏 名
電話番号

次のとおり、関係書類を添えて申請します。

なお、許可を受けた期間中は、実施施設の指示に従います。

フリガナ 氏名	男女	生年 月日	年 月 日 歳
保護者名		勤務先	TEL
緊急時の 連絡先	①氏名 住所 ②氏名 住所	(対象児との続柄) TEL (対象児との続柄) TEL	
利用期間	年 月 日	～	年 月 日 () 日間
病気の経過	・病名 () ・いつから保育所を休んでいますか (年 月 日 から) ・薬は飲んでいますか 服薬 (あり なし) ・あてはまる症状に○をしてください 発熱 (°C) 発疹 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 けいれん 下痢 吐き気 食欲低下 頭痛 めやに その他 ()		
家庭医	TEL		
既往歴	突発性発疹 麻しん(はしか) 水痘(水ぼうそう) 風しん 百日咳 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 手足口病 ヘレパンギーナ 川崎病 熱性けいれん 喘息 肺炎 結核 アトピー性皮膚炎 湿疹 その他 ()		
栄養方法	授乳中 (母乳 ・ 人工 ・ 混合 1回 c c × 回) 離乳食 (ドロドロ・舌でつぶせる・歯ぐきでつぶせる・歯でかめる 回) 普通食 ※ アレルギー等で制限している食品 ()		
食事状況	①全面介助 ②一人で食べるがかなりこぼす ③一人で食べる(はし スプーン)		
行動	①寝ている ②首がすわっている ③寝返る ④座る ⑤はう ⑥立つ ⑦伝い歩き ⑧歩行自由		
排泄	①おむつ(排泄教える 教えない) ②時々おもらし ③自立		
注意事項	その他、特に注意する点があればお書きください。		

※申請の際は、母子健康新手帳、健康保険証を持参ください。

登録申請書と同じ項目がありますが、直近の状況を把握する必要がありますので御記入ください。

(実施施設記入欄)	病児・病後児保育を	1 許可する	2 許可しない
	所在地		
	施設名		
	施設長名		印

※ 予防接種の接種歴について裏面に記載願います。

予防接種履歴

B C G	未済
ポリオ (生ワクチン)	未 1回 2回
ポリオ (単独・不活化ワクチン)	未 1回 2回 3回 第1期追加
三種混合	未 1回 2回 3回 第1期追加
四種混合	未 1回 2回 3回 第1期追加
麻しん風しん混合	未 第1期 第2期
〔・麻しん単抗原 ・風しん単抗原〕	〔未 第1期 第2期 未 第1期 第2期〕
日本脳炎	未 第1期 1回 2回 第1期追加
ヒブ	未 1回 2回 3回 追加
肺炎球菌	未 1回 2回 3回 追加
水痘	未 1回 2回
おたふくかぜ	未済
B型肝炎	未 1回 2回 3回
ロタウィルス	未 ① 1回 2回 ② 1回 2回 3回
インフルエンザ (今年度接種分について記載)	未 1回 2回