

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 (対象児との続柄) Tel 住所 ②氏名 (対象児との続柄) Tel 住所		
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 ( ℃ ) 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 麻疹 (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 ヘルパンギーナ 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 cc × 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、母子健康手帳、健康保険証を御持参ください。  
登録申請書を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

BCG	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	（未 ・ 第1期 ・ 第2期
・風しん単抗原	（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