**病　後　児　保　育　利　用　申　込　書**

令和　　年　　月　　日

　　　　特定非営利活動法人　あさのは会

　　　　武蔵藤沢めぐみ保育園　　施設長　殿

申込者(保護者)　住所　入間市

氏名

電話(自宅)

緊急連絡先

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡者氏名

病後児保育の利用について、次のとおり申込みます。また、保育中の投薬を依頼します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 | フリガナ | 男・女 | 登録番号 |  |
| 生年月日 | 　　年　　月　　日(　　　歳　　　ヶ月) | 体重 | 　　　　　　ｋｇ |
| 通園保育園 | 　　　　　　　　　　　　　保育園　　電話　　　　－　　　　　－(通園する保育園の種別に○を付けてください)認可保育園・小規模保育事業所・家庭保育室・地域型事業所内保育施設等 |
| 利用希望期間 | 令和　　年　　月　　日から令和　　年　　月　　日まで　　　　日間 |
| 児童を看護できない理由 | 1、就労　　　　2、妊娠・出産　　　3、傷病・障害　　　4、介護・看護　　　5、災害　　　　6、求職活動　　7、就学　　8その他　(　　　　　　　　　　)　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 診断名 |  |
| 症状 |  |
| かかりつけの医師 | 医療機関名、医師名、電話等  |
| その他 | 児童の体質(薬物アレルギー等)やくせ等心配な事・配慮して欲しい事、食事の状況(離乳の状況・食事制限・アレルギーによる除去食等)等を記入してください。 |
| 　　健診歴 | □乳幼児健診で異常は言われたことはない。□健診で異常の指摘あり（発達・体重・身長・その他　　　　　　　　　　　　　　） |

* 枠内をご記入ください。
1. この申込書に健康保険証、こども医療費受給証、病後児回復期証明書を添付してください。

なお児童の容態の急変により、診察等を行うことがありますので、ご了承ください。