

(様式第3号)

泉佐野市病後児保育事業利用申込書 (兼保護者からの連絡票)

令和 年 月 日

病後児保育事業者 様

保護者 住所

氏名

医師連絡票を添えて、病後児保育事業の利用について申し込みます。

(ふりがな) 児童氏名	男 女	生年月日	平成・令和 (歳児)	年 月 日
保護者連絡先 第一 第二	TEL TEL	保育所(園)名 保育所(園)		
治療受診中の 医療機関名	TEL			
児童を送迎される 予定者	児童と の関係	お迎え予定 時間	時 分頃	
児童の症状	・ 主な症状 (○印をおつけください) 発熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 発疹 ・ 湿疹 その他 (具体的に:)			
	・ いつからその症状が始まりましたか。経過をお書きください。 () ・ 昨日から今朝の症状についてお書きください。 () ・ 昨日から今朝にかけて解熱剤を使用しましたか。(使用した・使用していない)			
備考	お医者さんの指示事項についてお答えください。 ● 薬の服用 処方内容 食後・その他 () ● 食べ物の指示 制限なし ・ 絶食 ・ その他 () ● その他保育する上での留意事項 ● 病名がわかっている場合は、記入ください。			