

病児保育利用申込書

年 月 日

(あて先)大東市長

(申込者)住 所
(ふりがな)
保護者氏名
電話番号

大東市病児保育事業を利用したいので、大東市病児・病後児保育事業の実施および補助金交付要綱第5条の規定により、次のとおり申し込みます。

(ふりがな) 対 象 児 氏 名		男 ・ 女	生年 月 日	年 月 日 (歳児)
保 育 所 等 名		利用料区分	生活保護受給 該当・非該当	
利 用 日	年 月 日			
緊 急 時 の 連 絡 先	氏名	児童との続柄		
	住所	電話		
	氏名	児童との続柄		
	住所	電話		

今回の病気について

- ・病名(分かっている場合のみご記入ください)
- ・症状(簡単にご記入ください)

- ・睡眠時間 ~
- ・食事 良く食べた ・ 普通 ・ あまり食べない
- ・今朝の体温 °C ・薬を飲んだ時間
- ・便 無 ・ 普通 ・ 軟便 ・ 下痢 時 分
- ・咳 ある ・ なし
- ・喘鳴 ある ・ なし
- ・嘔吐(むかつき) ある ・ なし
- ・鼻水 ある ・ なし ・坐薬等を使った時間
- ・機嫌 良好・普通・不良 時 分