

東広島市乳幼児健康支援一時預り事業利用申請書

令和 年 月 日

東 広 島 市 長 様
(病児・病後児保育室 たんぽぽ)

申 請 者 住所 _____

(保護者) 名前 _____ 印 _____

(TEL _____)

東広島市乳幼児健康支援一時預り事業（病児・病後児保育）の利用を申請します。また、保育中に病状が急変し、家族に連絡が取れない場合には、当院の判断で当院又は他の医療機関での受診、治療、処置を行うことに同意します。

ふりがな 児 童 名				男 女
生 年 月 日	平成・令和 年 月 日生 (歳 ヶ月)	通所中の 保育所名等		
緊 急 連 絡 先	連絡先氏名		TEL	
	----- 連絡先氏名		TEL	
かかりつけ 医 療 機 関 名	医療機関名		TEL	
児 童 を 看 護 で き な い 理 由	1 勤務の都合 2 その他 ()			
利用希望期間	令和 年 月 日～令和 年 月 日・ 治癒するまで ----- 午前・午後 時 分～午前・午後 時 分まで			
食 事	授乳内容 (ミルク ・ 母乳 ・ 混合) 授乳時間 (時間ごと) 授乳量 (ml) 授乳回数 (回 / 日) 離乳食内容 (初期 ・ 中期 ・ 後期) 離乳食回数 (回 / 日) 食事アレルギー (あり ・ なし)			
今までに かかった病気	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> アレルギー性鼻炎 <input type="checkbox"/> ひきつけ (歳 ヶ月) <input type="checkbox"/> けいれん (熱 : 有 無) <input type="checkbox"/> その他 ()			
今までに受 けた予防接種	<input type="checkbox"/> ポリオ (1回 ・ 2回) <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> ジフテリア・百日せき・破傷風 (1期初回1・2・3回目・1期追加・2期) <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他 ()			