

# 高知市病児保育事業利用申請書

高知市長様

令和 年 月 日

病児保育事業の利用を申請します。利用にあたっては、次のことに同意します。

- 1 利用に際しては、病児保育事業「病児対応型・病後児対応型」「病後児対応型」実施施設（以下「施設」という。）の指示を遵守すること。
- 2 この申請書を施設で使用すること、並びに高知市が施設より利用状況の報告を受けること。

**(注1) 利用にあたっては、「高知市病児保育事業診療情報提供書（医師連絡票）」への医師の記載が必要です。**

(注2) 児童の容態によっては、保護者に連絡を取りますので、必ず連絡が取れるようにしてください。

申請者 (住所) 高知市  
(保護者)  
(氏名)

フリガナ					
児童氏名	男 女	生年月日	平成・令和	年 月 日	( 歳 ヶ月)
通園（通学）中の 保育園・小学校等	(保育園・幼稚園・小学校・託児所)				
	一時保育利用の方はこちらへ 保育園 (予約状況 月 日～ 月 日)				
利用希望施設	キューピットハウス ・ 愛あいルーム ・ ラベンダー ・ もみくんち ・ ぱんぷきん				
利用希望期間	令和 年 月 日 ～ 令和 年 月 日 まで ( 日間)				
家庭保育が できない理由	a 勤務の都合		b 保護者の傷病 (誰が?)		
	c 出産 (出産予定日等)		d その他 ( )		
児童の症状 について	1 いつから症状が出始めましたか? ( 月 日 ) 2 具体的な症状は? 発熱 ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ 鼻水 ・ 腹痛 ・ 頭痛 ・ 食欲低下 ・ 発疹 目やに ・ その他 ( )				
保育上, 注意して もらいたいこと等					
既往歴	a 突発性発疹    b 麻疹 (はしか)    c 風疹    d 水痘 (水ぼうそう)    e おたふくかぜ f 百日咳    g 気管支喘息    h 熱性けいれん    i その他 ( )				
予防接種歴	a B型肝炎 ( 回接種)    b ヒブ ( 回接種)    c 肺炎球菌 ( 回接種)    d BCG e 三種混合 <input type="checkbox"/> 1期 ( 回接種) <input type="checkbox"/> 1期追加    f ポリオ ( 回接種) g 四種混合 <input type="checkbox"/> 1期 ( 回接種) <input type="checkbox"/> 1期追加    h MR (麻疹・風疹) <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 i 水痘 (水ぼうそう) ( 回接種) j 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 1期初回 ( 回接種) <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2期 k おたふくかぜ    l ロタウイルス				
アレルギー	有 ・ 無 a 食物 (具体的に: )    b 薬物 (具体的に: )				
緊急連絡先	順位	氏名	続柄	電話番号	勤務先等名称
	1			(携帯)	
				(勤務先)	
	2			(携帯)	
				(勤務先)	
	3			(携帯)	
(勤務先)					