別記第２号様式（第３条関係）

砂川市病児・病後児保育利用申請書

砂川市長　様

病児・病後児保育施設の利用について、次のとおり申請します。

ふりがな		性別	生年月日	年齢
児童の氏名		男 ・ 女	年　月　日	歳　か月
緊急連絡先	連絡先①氏名	連絡先①電話		
	連絡先②氏名	連絡先②電話		
申請理由	□就労　□傷病　□出産　□その他（　　）			
利用期間	年　月　日　～　年　月　日の（　　）日間			
児童の症状	① 医師に診断された病名は何ですか	病名　（　　）		
	② 保育所等をいつから休んでいますか	月　日 から		
	③ 今朝の体温は何度ですか	℃		
	④ 現在の症状を教えてください	□ 発熱　□ 発しん　□ 咳　□ 鼻水 □ 腹痛　□ 下痢　□ おう吐　□ 吐き気 □ 頭痛　□ 喉の痛み　□ 食欲低下 □ その他（　　）		
	⑤ 服薬はしていますか	□ している　□ していない		
	⑥ 薬の内容を教えてください	□ 抗生物質　□ 解熱剤　□ 風邪薬 □ 咳止め　□ その他（　　）		
	⑦ 最後に服薬したのはいつですか	月　日　時　分 頃		
	⑧ 水分はよくとれていますか	□ とれている　□ とれていない		
	⑨ 昨夜はよく眠れていましたか	□ 眠れていた　□ 眠れていなかった		

同意書

病児・病後児保育施設の利用に当たり、次の事項に同意いたします。

病児・病後児保育施設の利用中に児童の体調が急変し、協力医療機関の医師の判断により医療行為が必要と診断されたときは、事前に保護者に連絡することを原則としますが、速やかに連絡が取れない場合又は急を要する場合については、保護者への連絡よりも医療行為を優先することがあります。

年　月　日

住所

氏名　　印

※市記入欄

領収確認欄	受付欄