

横浜市病児・病後児保育事業利用申込票

利用施設名

申込者（保護者）氏名

- 1 病児・病後児保育利用連絡書（第4号様式）を提出のうえ、病児・病後児保育事業の利用を申し込みます。
- 2 病児・病後児保育事業の利用中は、利用施設及び実施医療機関の指示に従います。
- 3 児童の状態が変化して病児・病後児保育事業での対応が困難になり、実施医療機関が事業の利用を不適当と認めたときは、事業の利用を中止することに同意します。

利用事由（該当する番号に○をつけてください）

1 勤務の都合 2 保護者の傷病 3 出産 4 冠婚葬祭 5 その他（ ）

住所

〒 —

保護者

連 絡 順 ①	氏 名	続柄	勤務先等
	携帯電話 — —		最寄り駅
	メールアドレス		勤務先等電話 — —
	連 絡 順 ②	氏 名	続柄
	携帯電話 — —		最寄り駅
	メールアドレス		勤務先等電話 — —

その他
緊急
連絡先

氏 名	続柄等	氏 名	続柄等
電 話 — —	— —	電 話 — —	— —

登録
児童

ふりがな	性別	年齢・生年月日（ 歳 か月 ）
氏名		年 月 日 生
体重 kg		
通園施設		1 認可保育所 5 幼稚園 2 小規模保育事業 6 小学校 3 横浜保育室 7 その他 4 認可外保育施設
1 保育園・幼稚園・小学校等	施設名	
2 通園・通学はしていない	電話 — —	
かかりつけ医	医療機関名	電話 — —
利用希望日	年 月 日	※連日での利用をご希望される場合も初日のみご記入ください。
今回の病気 について	病 名	今朝の体温 ℃
	現在の症状（当てはまるものに○をつけてください） 発熱 発疹 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 下痢 吐き気 食欲低下 頭痛 めやに その他（ ）	
	病状の経過	
	保育園や家庭などで流行っている病気はありますか？ → ない ・ ある（ ）	
	処方薬を受けていますか？ → いる ・ いない 市販薬を飲んでいますか？ → いる ・ いない	
栄養方法	□ 授乳中 → ①母乳 ②人工 ③混合 → 1回 cc× 回 □ 離乳食 → ①初期 ②中期 ③後期 ④完了期 □ 普通食 ※アレルギー等による食事制限は → 不要 ・ 必要（ ）	
食事状況	①全面介助 ②一人で食べるがかなりこぼす ③一人で食べる	
行 動	①寝ている ②首がすわっている ③寝返る ④座る ⑤はう ⑥立つ ⑦伝い歩き ⑧歩行自由 ⑨睡眠（入眠方法： ）	
排 泄	①おむつ（排泄教える・教えない） ②時々おもらし ③自立	
配慮が必要 な発達障害	1 ない 2 ある → 具体的に【 】	
その他		
減免の種類	①生活保護世帯 ②市民税非課税世帯 ③ひとり親家庭 ④自然災害等により被災した世帯 ※①～③は横浜市在住の方に限ります。また、利用時に証明書類を提示・提出する必要があります。	
お迎えの予定	時 分頃	お迎え者（続柄等）：