

平成 年 月 日

病児・病後児デイケア事業（変更）申込書

（あて先） 実施機関

貴施設の病児・病後児デイケア事業を利用したいので、下記の事項について誓約します。

記

- 1 病児・病後児デイケア事業の利用期間中は、事業実施者の指示に従います。
- 2 利用者の現在状況は、利用者状況（裏面）および「名古屋市病児・病後児デイケア事業利用連絡書」のとおり相違ありません。
- 2 事業実施者が必要と認めたときは、申し込み時及び病児・病後児デイケア期間中に診療を受けることを承諾します。
- 3 事業実施者において、児童の状態が変化して病児・病後児デイケア事業での対応が困難と認めたとき又は事業利用を不相当と認めたときは、病児・病後児デイケア事業の利用を直ちに中止し、すみやかに迎えに行くことに同意します。

（保護者） 氏 名 _____ ⑩
住 所 〒 _____
名古屋市 _____ 区 _____
電 話 _____ (_____) _____

利用事由（保護者の状況）について、該当するところに○をつけてください	
1 勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 その他（ _____ ）	
利用期間	平成 年 月 日（ ） ～ 平成 年 月 日（ ）
利用時間	午前・午後 時 分 ～ 午前・午後 時 分
送迎者	（送り） _____ （迎え） _____

【緊急連絡先】

	保護者氏名等	続柄	緊急連絡先
保 護 者			勤務先
	携帯電話（ _____ ）		電話（ _____ ）
			勤務先
	携帯電話（ _____ ）		電話（ _____ ）

利 用 児 童 状 況	児 童 氏 名				性別	生 年 月 日
	フリガナ					平成 年 月 日 生 (歳 ヶ月)
	身長	cm	体重	kg	性格	
	通園施設等					
	1 認可保育所等 (区)		保育園)	
	2 認可外保育所 (区)			
	3 小学校 (区)		小学校)	
	4 幼稚園 (区)		幼稚園)	
	5 その他 (自宅で保育		・		その他)	
	受診医 (担当医 ())					
	医療機関名 区		電話 ()			
	病名 (/粉薬・水薬		内服 (食前・食後)		薬 (飲む・嫌い)	
	※ けいれん止・エピペン・その他 ()					
	既往歴 (今までかかった病気の、番号と【 】の内容に○または記入してください)					
	1 突発性発疹 2 麻疹 (はしか) 3 水痘 (水ぼうそう) 4 風疹 (三日ばしか)					
	5 咽頭結膜熱 (プール熱) 6 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 7 百日咳					
8 ヘルパンギーナ 9 肺炎 10 とびひ 11 B型肝炎 (キャリアー含む)						
12 喘息・喘息様気管支炎【薬の服薬は、毎日・増悪時】 13 アトピー性皮膚炎						
14 川崎病【心臓合併症 有・無】 15 熱性けいれん【初回 歳、最後 歳】						
15 てんかん 16 その他【 】						
食物アレルギー【牛乳・卵・牛肉・そば・大豆・小麦・その他 ()】						
予防接種 (これまで受けた予防接種の番号と【 】の回数に○をつけてください)						
1 種混合【I期 1・2・3回・追加】 2 BCG 3 B型肝炎【1・2・3回・追加】						
4 ヒブ (Hib)【 回実施】 5 肺炎球菌【 回実施】 6 水痘 (水ぼうそう)						
7 MR (麻疹・風疹)【I期・II期】 8 日本脳炎【I期 1・2・3回・追加】						
9 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 10 インフルエンザ (年 月・月)						
11 ロタウイルス 12 ポリオ 13 その他【 】						
入院の経験 (入院の経験がある場合は、入院時の年齢と病名を記入してください)						
1 ない						
2 ある【 歳 ヶ月:病名 【 歳 ヶ月:病名 】						
常時服用している薬						
1 ない 2 ある【具体的に: 】						
その他 (薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮してほしいことについて記入してください)						