

様式第3号（第7条関係）

むつ市長

年 月 日

申請者 住 所
(保護者)
氏 名

むつ市病児保育事業利用申請書

このたび、次のとおりむつ市病児保育事業を利用したいので、別紙主治医の利用連絡票を添付の上、申請します。

児童	住所				子の愛称
	氏名	男・女	年 月 日生(歳 ヶ月)		
利用期間	年 月 日から 年 月 日まで				日間
お子さんの今回の病気について、当てはまるものに○をつけ、必要なところをご記入ください。					
主な症状	発熱(℃、平熱 ℃) 発疹 せき のどの痛み 喘息 鼻水 腹痛 下痢 嘔吐 頭痛 けいれん 食欲低下 目やに とびひ 喘息発作 その他()				
いつからこの症状が始まりましたか(病名がわかっている場合は記入してください。)					
投薬を	受けている ・ 受けていない ※施設での薬の服用を希望する場合は、 <u>1回分ずつに分けた上で名前を書き、処方内容や服用の間隔が確認できるもの(薬剤情報提供書や薬の袋など)を必ず一緒にお持ちください(医師から処方されたものに限ります。)</u>				
昨日から今朝にかけての症状について、詳しくお書きください。 (発熱の場合)昨日から今朝にかけて解熱剤を使用しましたか。 使用した ・ 使用していない 使用した場合()時に 内服薬(薬の名前 /量) 座薬(薬の名前 /量)					
利用の理由	1.勤務の都合 2.傷病 3.事故 4.出産 5.冠婚葬祭 6.災害 7.学校等への公的行事 8.その他()				
緊急連絡先 (氏名・電話番号)	(第一)	電話番号	関係()		
	(第二)	電話番号	関係()		
記入上の注意	1.利用期間は原則として7日間です。7日間を超える場合は改めて申請してください。 2.利用の理由の欄は該当する番号に○印を付けてください。その他の場合は、社会的にやむを得ない事由とし、明確かつ詳細に御記入ください。 3.緊急連絡先は、申請者以外の方と連絡を取れる電話番号を御記入ください。				