

利用申請書

令和 年 月 日

保護者氏名 _____

住 所 _____

ふりがな				
利用児童氏名	(男 ・ 女) 愛称 :			
生年月日	年 月 日 (歳 ヶ月)			
通園施設	() 保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校			
利用期間	令和 年 月 日 ~ 月 日 (日間)			
利用の理由	就労・求職・冠婚葬祭・通院・出産・その他 ()			
緊急連絡先	氏名	続柄	携帯番号	勤務先 (連絡先)
	①			
	②			
	③			
現在の症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 怪我 <input type="checkbox"/> その他 ()			
薬の有無	無 ・ 有 ※薬の処方内容が分かる説明書を持参してください。			
熱性けいれん歴	無 ・ 有 () 回 最終 年 月 抗けいれん薬の使用 (有 ・ 無) 最終 (月 日 :)			
アレルギー	無 ・ 有 ()			
食事内容	離乳食 ・ 幼児刻み食 ・ 普通食			
ミルク (該当者)	母乳 ・ 混合 ・ ミルク ・ フォローアップミルク 1回量 () ml () 時間おき			

【承諾書および与薬依頼書】

- ◆持参した薬の与薬を依頼します。
- ◆利用児童の体調変化により、連絡があった場合はすぐに対応します。
- ◆園だより・ホームページへの写真搭載 (可 ・ 不 可)
- ◆「キッズランドこころ病児保育事業 重要事項説明書」を確認し、承諾の上利用を申し込みます。

令和 年 月 日 保護者氏名 (自署) _____