

(宛先) 座間市長
(実施施設長)

病児・病後児保育事業を利用したいので、申し込みます。

		登録番号		
申請者氏名 (保護者)	住所			
	連絡先			
ふりがな 児 童 名	性別		生年月日	年齢
	男・女		年 月 日	歳 箇月
緊急連絡先 (確実に連絡が とれるところ)	第1連絡先	(氏名)	(続柄)	(連絡先)
	実施施設への所要時間	約 分(移動手段:)		(携帯電話)
	第2連絡先	(氏名)	(続柄)	(連絡先)
	実施施設への所要時間	約 分(移動手段:)		(携帯電話)

利用事由 (保護者の状況)	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ()
利用期間・時間	年 月 日 ~ 年 月 日 (日間) 時 分 ~ 時 分
お迎えに来る人	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他 ()

病名	
病気の経過	
現在の主な症状	
熱性けいれんの有無	<input type="checkbox"/> 有 (°C以上) (回) <input type="checkbox"/> 無
アレルギー体質の有無	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
与薬の依頼	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 (時) <input type="checkbox"/> 食後)・与薬内容 () <input type="checkbox"/> 無
現在の食事について	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工 <input type="checkbox"/> 混合 (1回 _____cc × _____回) <input type="checkbox"/> 離乳食 (<input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期) <input type="checkbox"/> 幼児食 (<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟食) <input type="checkbox"/> アレルギー食 (除去内容:)
食事状況	<input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 一人で食べられるがかなりこぼす <input type="checkbox"/> 一人で食べられる (はし・スプーン)
発達状況	<input type="checkbox"/> 座る <input type="checkbox"/> はう <input type="checkbox"/> 立つ <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> 歩行自由
排泄の様子	<input type="checkbox"/> おむつ (<input type="checkbox"/> 教える <input type="checkbox"/> 教えない) <input type="checkbox"/> 時々おもらし <input type="checkbox"/> 自立
睡眠の様子	夜 時 ~ 朝 時 お昼寝 時 ~ 時