

高山市病児保育事業利用申請書

年 月 日

（あて先）高山市長

申請者（保護者）住所

氏名

高山市病児保育事業を利用したいので、次のとおり申請します。なお、記入した個人情報  
報は、高山市及び病児保育実施施設で共有することを同意します。

フリガナ				
児童氏名		男・女	生年月日	年 月 日
保育できない理由	1 勤務 2 傷病 3 出産 4 介護 5 その他( )			
緊急時連絡先	電話番号		名前（続柄）	
	①		( )	
	②		( )	
	③		( )	

※ご利用の時間内は、必ず連絡がつくようにしておいてください。

利用期間	利用時間	迎えの人
年 月 日	時 分から 時 分まで	
年 月 日	時 分から 時 分まで	
年 月 日	時 分から 時 分まで	
年 月 日	時 分から 時 分まで	
年 月 日	時 分から 時 分まで	

※登録申請書の内容に変更があればお知らせください。  
（住所、アレルギー、感染症り患歴など）

家庭連絡票 今回の病気についてお答えください。

経過	◆いつから？ 月 日（ ） 午前・午後 時頃から	
	◆主な症状は？ 熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 嘔吐 ・ 下痢 ・ その他（ ）	
症状	熱	最高 ℃ 熱性けいれん 無 ・ 有
	咳	無 ・ 有 症状（ ）
	鼻水	無 ・ 有 症状（ ）
	発疹	無 有（顔 ・ 手 ・ 足 ・ おなか ・ おしり ・ 背中 ・ 口 ・ その他 ）
	食事と水分	いつもどおり ・ 少ない ・ 食べない
	吐気や嘔吐	無 ・ 有
	排便	普通 ・ やわらかい ・ 泥状 ・ 水様 ・ 出していない（最終 ）
	睡眠	昨夜は よく眠れた ・ あまり眠っていない
その他	傷やあざがあれば教えてください。（場所 ）	
	心配なこと ・ 配慮してほしいことなど	
	保育園や学校で流行っている感染症がありますか。 無 ・ 有（ ）	

投薬依頼書

病児保育利用期間中下記の投薬を依頼します。 保護者署名 \_\_\_\_\_

投薬内容 \*薬剤情報があればご持参ください。

定期的の内服するもの
症状によって使用するもの（解熱剤など）