

令和 年 月 日

## 病児・病後児デイケア事業（変更）申込書

（宛先）実施施設

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中は、貴施設の指示に従います。
- 2 利用者の現在状況は、利用児童状況（裏面）及び「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。
- 3 貴施設が必要と認めたときは、申込時及び病児・病後児デイケア事業の利用中に診療を受けることを承諾します。
- 4 貴施設において、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、速やかに迎えに行くことに同意します。

（保護者） 氏 名 \_\_\_\_\_

住 所 〒 \_\_\_\_\_

名古屋市 \_\_\_\_\_ 区 \_\_\_\_\_

電 話 \_\_\_\_\_（ \_\_\_\_\_ ） \_\_\_\_\_

|                     |                                       |                |      |      |
|---------------------|---------------------------------------|----------------|------|------|
| 利 用 事 由<br>（保護者の状況） | 1 勤務の都合                               | 2 疾病           | 3 事故 | 4 出産 |
|                     | 5 冠婚葬祭                                | 6 その他（ _____ ） |      |      |
| 利 用 期 間             | 令和 年 月 日（ _____ ） ～ 令和 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<br>護<br>者 | 保 護 者 氏 名 等   | 続 柄 | 勤 務 先       |
|-------------|---------------|-----|-------------|
|             |               |     | 名称 _____    |
|             | 携帯電話（ _____ ） |     | 電話（ _____ ） |
|             |               |     | 名称 _____    |
|             | 携帯電話（ _____ ） |     | 電話（ _____ ） |

|                                            |                         |    |    |    |     |                         |
|--------------------------------------------|-------------------------|----|----|----|-----|-------------------------|
| 利<br>用<br>児<br>童<br>状<br>況                 | 児 童 氏 名                 |    |    |    | 性 別 | 生 年 月 日                 |
|                                            | フリガナ                    |    |    |    |     | 平成・令和 年 月 日生<br>( 歳 か月) |
|                                            | 身長                      | cm | 体重 | kg | 性格  |                         |
|                                            | 通園施設等                   |    |    |    |     |                         |
|                                            | 1 認可保育所等 ( 区 )          |    |    |    |     |                         |
|                                            | 2 認可外保育施設 ( 区 )         |    |    |    |     |                         |
|                                            | 3 小 学 校 ( 区 小学校)        |    |    |    |     |                         |
|                                            | 4 幼 稚 園 ( 区 幼稚園)        |    |    |    |     |                         |
|                                            | 5 そ の 他 ( 自 宅 ・ 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 (これまでにかった病気)                           |                         |    |    |    |     |                         |
| 1 突発性発疹 10 とびひ                             |                         |    |    |    |     |                         |
| 2 麻疹 (はしか) 11 B型肝炎 (キャリア含む)                |                         |    |    |    |     |                         |
| 3 水痘 (水ぼうそう) 12 喘息・喘息様気管支炎【服薬：毎日・増悪時】      |                         |    |    |    |     |                         |
| 4 風疹 (三日ばしか) 13 アトピー性皮膚炎                   |                         |    |    |    |     |                         |
| 5 咽頭結膜熱 (プール熱) 14 川崎病【心臓合併症：有・無】           |                         |    |    |    |     |                         |
| 6 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 15 熱性けいれん【初回 歳、最後 歳】    |                         |    |    |    |     |                         |
| 7 百日咳 16 てんかん                              |                         |    |    |    |     |                         |
| 8 ヘルパンギーナ 17 その他 ( )                       |                         |    |    |    |     |                         |
| 9 肺炎                                       |                         |    |    |    |     |                         |
| 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 (これまでに受けた予防接種)                        |                         |    |    |    |     |                         |
| 1 __種混合【Ⅰ期 1・2・3回・追加】 8 日本脳炎【Ⅰ期 1・2・3回・追加】 |                         |    |    |    |     |                         |
| 2 BCG 9 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)                   |                         |    |    |    |     |                         |
| 3 B型肝炎【1・2・3回・追加】 10 インフルエンザ【 年 月・ 月】      |                         |    |    |    |     |                         |
| 4 ヒブ (H i b)【 回実施】 11 ロタウイルス               |                         |    |    |    |     |                         |
| 5 肺炎球菌【 回実施】 12 ポリオ                        |                         |    |    |    |     |                         |
| 6 水痘 (水ぼうそう) 13 その他 ( )                    |                         |    |    |    |     |                         |
| 7 MR (麻疹・風疹)【Ⅰ期・Ⅱ期】                        |                         |    |    |    |     |                         |
| 入院の経験                                      |                         |    |    |    |     |                         |
| 1 ない 2 ある【 歳 か月：病名 】                       |                         |    |    |    |     |                         |
| 【 歳 か月：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、心配なことや配慮してほしいことを記入してください。)  |                         |    |    |    |     |                         |