

大山町病後児保育利用申請書

年 月 日

大山町長 様

申請者 住 所
電話番号
氏 名

次のとおり病後児保育を利用したいので、申請します。

児 童 氏 名		生年月日	年 月 日(歳)
利 用 施 設 名			
診 断 名			
医 療 機 関 名 (または、医師名)	電話番号		
診 断 日	年 月 日		
病後児保育が可能 と判断された日	年 月 日		
利 用 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日		
主 な 症 状 (登 所 前 の 様 子)	<input type="checkbox"/> 今朝の体温(度 分) <input type="checkbox"/> 朝食の量(多・普通・少) <input type="checkbox"/> 機嫌(良い・普通・悪い) <input type="checkbox"/> 便(正常・硬・軟・下痢) <input type="checkbox"/> その他()		
病 後 児 保 育 中 の 連 絡 先	① 続柄()電話番号		
	② 続柄()電話番号		
生 活 保 護 適 用	有 ・ 無		

下記のとおり投薬をお願いします。

投 薬 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日		
投薬時間および 投 薬 回 数	午前 時頃	昼食後	午後 時頃
			回