

(あて先) 松本市長

申請者 (保護者) 住所  
氏名  
電話

印

松本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、松本市及び実施施設で共有することを承認します。

フリガナ				男・女	生年月日	年 月 日 ( 歳 カ月)
児童氏名						
保護者の 状況	氏名	続柄	緊急連絡先	勤務先	勤務先電話番号	
看護でき ない理由	(○で囲んでください。) 1 勤務 2 傷病 3 事故 4 出産 5 通学 6 その他 ( )					
利用期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)					
利用時間	時 分から 時 分まで					
通園・通学 施設等	名称 電話番号 松本市内の保育園・認定こども園に在籍の場合は以下に記入してください。 保育必要量 { 短時間 標準時間 } 【8:30~16:30】 【7:30~18:30】 延長保育利用時間 ( 時 分 ~ 時 分)					
主な症状	(○で囲んでください。) 発熱・咳・鼻水・鼻づまり・発疹・ぜい鳴 目やに・下痢・おう吐・けいれん					
経過						
今の 子どもの 状態	食欲： 睡眠状態： 機嫌： 便通： 朝の体温： その他：与薬方法 (食前・食間・食後)、 解熱剤使用最終時間 ( 時)					
予防接種	(○で囲んでください。) 【定期】 BCG/ポリオ (生①・②/不活化①・②・③・追加) 三種混合 (初回①・②・③・追加) / 四種混合 (初回①・②・③・追加) MR (麻しん・風しん) (①・②) / ヒブ (初回①・②・③・追加) 肺炎球菌 (初回①・②・③・追加) / 水ぼうそう (①・②) 日本脳炎 (初回①・②・追加・2期) 【任意】 おたふくかぜ①・② / B型肝炎 (初回①・②・③) その他 ( )					
既往歴	(○で囲んでください。) 麻疹・風疹・水ぼうそう・おたふく風邪・百日咳・熱性けいれん てんかん・喘息・突発性発疹 その他かかりやすい病気 ( )					