【保護者記入】　　令和　　年　　月　　日

市立秋田総合病院病児保育園利用申込書

(宛先)市立秋田総合病院長

病児保育園を利用したいので、次のとおり申込みします。
※利用料算定に必要があるときは、保護者の所得および課税状況について秋田市に照会することを承諾します。
※利用中は病児保育園の指示に従い、医師が必要と認めたときは診療を受けることを承諾します。

① 必要事項を記入してください。

保護者氏名	児童氏名(ふりがな)
児童との続柄（　　）	男 女 生年月日　平成・令和　　年　　月　　日（　　歳　　月）

連絡先	自宅（　　）　　－	
	携帯　　－　　－	
	勤務先（　　）　　－	名称:

利用希望期間	年　　月　　日 から　　年　　月　　日		
利用希望時間	登園　　時　　分頃	降園　　時　　分頃	
利用理由(保護者)	仕事 ・ 傷病 ・ 看護、介護 ・ その他(　　)		
利用料 (1人1日当たり)	□ 2,000円　一般世帯(所得税課税世帯)		※秋田市外の方は当該証明書を提出してください。
	□ 1,000円　市町村民税非課税世帯		
	□　無料　生活保護法による被保護世帯、ひとり親世帯かつ市町村民税非課税世帯		

② 今回の病気について(当てはまる事項に〇をつけてください)

1　発熱	ない　ある → いつから(　　)、利用前日の最高体温　　℃				
	今朝の体温　　℃	解熱剤　使用せず ・ 使用(　日　時頃)			
2　せき	ない　少ない　多い　種類(コンコン ・ ゴホゴホ ・ ゼーゼー ・ ケンケン)				
3　鼻水	ない　少ない　多い　種類(水鼻・青鼻)				
4　睡眠	:　　～　　:　　(良眠 ・ 不眠)				
5　嘔吐	ない　あり (　　回)				
6　排泄	便	ない　普通便　軟便　下痢便(　回)	尿	多い　普通　少ない	
7　食事	夕食	普通食　軟食	量	多い　普通　少量	
	朝食	普通食　軟食	量	多い　普通　少量	
その他 (家での様子など)					

注意事項1	申請にあたっては、かかりつけ医から連絡票を記載してもらい添付してください。
注意事項2	お預かりする児童の症状によっては、他の児童への感染を防ぐため、おことわりする場合がありますのでご了承ください。
注意事項3	連続利用の場合、①の児童氏名は毎回記入し、連絡先・利用希望期間等は変更があった場合のみ記入してください。②は毎回必ず記入をお願いします。