

小浜市病児・病後児保育利用票

令和 年 月 日

利用期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
児童名	( 歳 カ月)	第○子	所 属
			保育園 こども園 小学校
主な症状 (○印、もしくは「その他」に記入)	発熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ 発疹 ・ 喘鳴 目ヤニ ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ けいれん その他 ( )		
既往歴	熱性けいれん ( 歳 カ月) 麻しん ( 歳 カ月) 水ぼうそう ( 歳 カ月) 風しん ( 歳 カ月) おたふくかぜ ( 歳 カ月) 喘息 ( 歳 カ月) 突発性発疹 ( 歳 カ月)		
看護できない理由 (○印、もしくは「その他」に記入)	勤務の都合 傷病、事故 冠婚葬祭 出産 その他 ( )		
利用料世帯区分 (該当する場合に☑)	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療費助成受給世帯または児童扶養手当受給世帯		

実施機関記入欄 該当事業にチェック 病児 病後児