

病後児保育事業利用申請書（医療機関用）

年 月 日

覚照こども園  
園長 平島 佳子 様

〒  
申 請 者 住 所  
(保護者) 氏 名 印  
電 話 (自 宅)  
(勤務先)

児 童 氏 名	生 年 月 日	年 齢	性 別	続 柄
	年 月 日	満 歳 月		
利用希望期間	年 月 日～ 年 月 日 ( ) 日間			
通所施設の種類	保育所(園) ・ 認定こども園 ・ 幼稚園 ・ 児童クラブ			
通所施設の名称				
家庭で育児できない理由	1 勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 災害 7 出張 8 学校等への公的行事 9 その他 ( )			
世帯状況	1 生活保護世帯 2 その他の世帯 ※ 1の世帯については、確認できる書類を添付してください。			

医療機関記入欄

病名・病状等	
病 状	1 急性期(発熱期) 2 回復期(解熱・微熱等)
安 静 度	1 ベッド上安静 2 隔離室で隔離 3 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 4 室内安静(他児と室内で普通に遊んで良い)
処 方 内 容	次回診察予定日 年 月 日 ( ) ※ 院外処方を探られている場合は、薬剤情報提供書を持参するよう御指導ください。
覚照こども園 園長 平島佳子 様 上記のとおり一時預かりの対象として差し支えないことを診断します。 年 月 日 医療機関名称 医 師 名 印	

※ 診断に係る費用は申請者の負担となります。

実施施設長承諾欄

申請者(保護者) 様
次のとおり、当施設への入所を承諾いたします。 入所期間 年 月 日 ～ 年 月 日 施設名称 施設長氏名 印