

病児・病後児保育事業利用申請書

年 月 日

塩谷町長 様

申請者 住 所 塩谷町大字
(保護者) 氏 名

印

病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり申請します。

ふりがな		生年月日	年 月 日
児童氏名		性別	男 ・ 女
現在通う小学校・保育所等の名称			
児童を看護できない理由 (あてはまるものに○)	1. 保護者の勤務の都合 2. 保護者の傷病 3. 冠婚葬祭 4. その他 ()		
利用施設			
利用希望 期 間	年 月 日～	年 月 日まで	「 」日間 時 分 ～ 時 分 まで 「 」時間

保 護 者	氏名		続柄		携帯	
	勤務先	電話番号				
	氏名		続柄		携帯	
	勤務先	電話番号				
緊急連絡先	氏名		続柄		携帯	
	勤務先	電話番号				

世帯区分 *	1. 生活保護世帯 2. 市民税非課税世帯 3. その他の世帯
--------	---------------------------------

主治医	医療機関名	
	担当医師名	
	医療機関連絡先	
主な症状	1. 病名 () 2. 投薬を受けて (いる 〇 / いない) 3. 常備薬を飲んで (いる 〇 / いない)	4. 症状 (あてはまるものすべてに〇) 発熱・発疹・咳・のどの痛み・鼻水・ 腹痛・下痢・けいれん・吐き気・ 食欲低下・頭痛・目やに その他 ()
児童に対する留意点	既往歴	1. 熱性けいれん：初回 歳 月 最後 歳 月 (これまでに 回) 2. ぜんそく：服薬 (毎日・発作時のみ・ない) 吸入 (毎日・発作時のみ・ない) 3. その他 (体質やくせなど心配なこと、配慮してほしいこと) ()
	予防接種	(接種済に〇) BCG、三種混合 (ジフテリア・百日咳・破傷風)、麻しん風しん混合 (MR)、 麻しん(単独)風しん(単独)、日本脳炎、ポリオ、その他 ()
	食事の状況	1. 離乳の状況 授乳時間・回数 () 2. 離乳状況・回数 (前期・中期・後期) 3. 食事制限 (アレルギーによる食事制限等) () 4. その他 ()

利用連絡票

宛

病児・病後児保育の利用について、下記のとおり連絡いたします。

氏名			
生年月日	年	月	日 (歳)
住所	塩谷町大字		
電話番号			

(主治医記入欄)

病名・症状 (番号に○)	01 感冒・感冒様症候群	11 膿 痂 症	(病名不明のとき) 21 発 熱 22 下 痢 23 嘔 吐 24 咳 嗽 25 喘 鳴 26 発 疹
	02 咽 頭 炎	12 突発性発疹症	
	03 扁桃腺炎	13 手足口病	
	04 気管支炎	14 りんご病(伝染性紅斑)	
	05 喘息・喘息性気管支炎	15 流行性耳下腺炎	
	06 消化不良症	16 麻 疹	
	07 感冒性嘔吐症	17 水 痘	
	08 自家中毒症	18 百日咳	
	09 中耳炎・外耳炎	19 風 疹	
	10 結膜炎(流角結を含む)	20 その他[]	
診療形態	1 外 来 2 往 診 3 入 院 (年 月 日)		
発症年月日	年 月 日		
初診年月日	年 月 日		
初発/再発	1 初 発 2 再 発 (年 月 日初発)		
区 分	1 病児保育 2 病後児保育 (どちらかに○をつけてください)		
症状・既往歴・治療状況・退院の年月日等			
現在の投薬処方			
保育上の留意事項(安静・食事・特異体質等)			

年 月 日
 医療機関名
 所在地
 電話番号
 医師名