

様式第2号 (第8条関係)

年 月 日

大田原市長 様

申込者 住所  
(保護者) 氏名 ⑩  
(児童との続柄: )

大田原市病児・病後児保育事業利用申込書

大田原市病児・病後児保育事業を次のとおり利用したいので、診療情報提供書を添付して申し込みます。

利用児童	住所	塩谷町大字			
	フリガナ氏名		男・女	年 月 日	歳 か月
利用希望施設					
利用期間		年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)			
利用の理由		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 ( )			
送迎予定者		1 父 2 母 3 祖父母 4 その他 ( ) 送迎する方の連絡先 ( - - )			
<p>お子さんの様子についてお答えください。</p> <p>【症状】該当するものに○をつけて下さい。</p> <p>発熱・発疹・せき・のどの痛み・腹痛・下痢・吐き気・頭痛・その他( )</p> <p>○いつからこの症状が始まりましたか ( 月 日から)</p> <p>○投薬を受けていますか ( いる・いない )</p> <p>○常備薬を飲んでいますか ( いる ※病名 [ ] 薬剤名 [ ] ・いない )</p> <p>○昨夜の就寝時間 ( 時 分頃) 今朝の起床時間 ( 時 分頃)</p> <p>○寝ている時の様子 ( )</p> <p>○朝食・( ) 時頃食べた [内容: ] ・食べていない・ミルクのみ ※食欲の有無 ( 普通・不良 )</p> <p>○最後の尿と便の時間・尿 ( ) 時頃・便 ( ) 日 ( ) 時頃 ( 固・普・軟・水様 )</p> <p>○体温・昨夜 ( ) °C ・今朝 ( ) °C</p> <p>○解熱剤・使用していない・使用した ( ) 回 最後の使用は ( ) 時頃で ( ) °C ※ふだん解熱剤を使用する体温 ( ) °C</p> <p>○お子さんへの薬の飲ませ方・そのまま・白湯に溶かす・( ) に混ぜる</p> <p>○いつものお昼寝の寝かせ方・おんぶ・さすりながら・抱っこ・一人で寝る</p> <p>○オムツとトイレの状況・常時オムツ・昼寝のみオムツ・トイレトレーニング中・オムツ使用無し</p> <p>○その他 食事の状況(離乳の状況、アレルギーのための除去食等の食事制限)、体質、配慮して欲しいこと(薬物アレルギー、既往歴)等 ( )</p>					

※市記入欄	1 生活保護世帯	2 市町村民税非課税世帯	3 その他の世帯
-------	----------	--------------	----------

様式第3号 (第8条関係)

診療情報提供書

大田原市長 様

フリガナ		性別	男・女
対象者名		年齢	歳 箇月
生年月日	年 月 日	電話番号	
住所	塩谷町大字		

(主治医記入欄)

受診年月日	年 月 日		
病名・症状 番号に○	01 感冒・感冒症候群	10 突発性発疹症	(病名不明のとき)
	02 咽頭炎	11 手足口病	19 発熱
	03 扁桃炎	12 流行性耳下腺炎	20 下痢
	04 気管支炎	13 インフルエンザ	21 嘔吐
	05 喘息・喘息性気管支炎	14 RSウイルス感染症	22 咳
	06 感染性腸炎	15 風疹	23 喘鳴
	07 中耳炎・外耳炎	16 水痘	24 発疹
	08 結膜炎(流行性)	17 百日咳	25 その他
	09 伝染性膿痂疹	18 その他 ( )	
		(とびひ：※重症例の場合)	
利用区分 番号に○	診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。 1 病児保育 2 病後児保育		
症状経過等			
治療経過			
現在の処方			
備考			

年 月 日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名

印