

病児保育事業利用申請書

令和 年 月 日

様

申請者 住所 塩谷町大字
(保護者)

氏名



病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 児童氏名		生年 月日	年 月 日生 (歳 か月)	お子さんの愛称
利用期間	令和 年 月 日から 令和 年 月 日まで 「 」日間			
保育園等名称		主治医名	TEL	
電話	()	緊急連絡先	()	
続柄	氏 名	勤務先名称 及び 連絡先		
保護者1		TEL		
保護者2		TEL		
		TEL		
		TEL		
<p>○ お子さんの病気について</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 症状 (あてはまるものに○をつけてください) 発熱・発疹・咳・のどの痛み・腹痛・下痢・吐き気・頭痛・その他 () ・ いつからこの症状がはじまりましたか。 月 日 ・ 投薬をうけていますか。(いない・<u>いる</u>) ・ 常備薬をのんでいますか。(いない・<u>いる</u>) ・ アレルギー (無・<u>有</u>) ・ その他 () <p>○ 食事の状況 (離乳の状況・食事制限・アレルギーのため除去食等)</p> <p>○ 体質やくせなど心配なこと, 配慮してほしいこと (熱性けいれん・薬物アレルギー・経過観察中の病気等)</p> <p>○ 予防接種について (接種済に○をつけてください)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ インフルエンザ菌b型 (Hib) ・小児肺炎球菌 ・B型肝炎 ・水痘 ・麻しん(はしか) 風しん ・ 四種混合 (ポリオ, 破傷風, 百日ぜき・ジフテリア) ・日本脳炎 ・ロタウイルス ・流行性耳下腺炎 ・ その他 () 				
<p>児童を看護できない理由</p> <p>1 勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 その他 ()</p>				
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			

利 用 連 絡 票

宛

病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	宇都宮市		
電話番号			

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 (平成 年 月 日)		
発症年月日	令和 年 月 日		
初診年月日	令和 年 月 日		
初発/再発	1 初 発 2 再 発 (平成 年 月 日初発)		
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)			

令和 年 月 日
 医療機関名
 所 在 地
 電 話 番 号
 医 師 名