

様式第1号 (第8条関係)
 三木町長殿
 (実施施設の長) 殿

年 月 日

病児・病後児保育事業利用申込書

病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

| | | | | |
|------------------------------|-------------------|------|----------------|----------------------|
| 利用施設 | | | | |
| 住所 | | | 保護者氏名 | |
| | | | 携帯番号 | |
| ふりがな 児童名 | (男・女) | | 生年月日 | 年 月 日生 (歳) 体重 kg |
| 利用日及び時間 | 年 月 日 時 分～ 時 分 | | 児童を看護できない理由 | 1 勤務の都合 2 その他 () |
| 通所 (通園・通学) 中の保育所 (幼稚園・小学校) 名 | | | | |
| 緊急 連絡先 | | 氏 名 | 電 話 番 号 | 続柄 |
| | 1 | | | |
| | 2 | | | |
| | 3 | | | |
| お迎え予定時刻 | | 時 分頃 | お迎え予定 保護者氏名 | (続柄) |

●家庭での様子 (当てはまる□にチェックを入れてください。)

| | 昨夜の様子 | 今朝の様子 |
|---------|--|---|
| 体温 (°C) | <input type="checkbox"/> ~37 <input type="checkbox"/> 37~38 <input type="checkbox"/> 38~39 <input type="checkbox"/> 39~40 | <input type="checkbox"/> ~37 <input type="checkbox"/> 37~38 <input type="checkbox"/> 38~39 <input type="checkbox"/> 39~40 |
| 乳幼児 | <input type="checkbox"/> ミルク _____ ml <input type="checkbox"/> 離乳食前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 | <input type="checkbox"/> ミルク _____ ml <input type="checkbox"/> 離乳食前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 |
| 食事量 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや少 <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 水分のみ | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや少 <input type="checkbox"/> 少 <input type="checkbox"/> 水分のみ |
| 水分量 | <input type="checkbox"/> まずまず摂取 <input type="checkbox"/> 少量のみ | <input type="checkbox"/> まずまず摂取 <input type="checkbox"/> 少量のみ |
| 薬 | 解熱剤 <input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 使用 (最後 時頃) | 解熱剤 <input type="checkbox"/> 未使用 <input type="checkbox"/> 使用 (最後 時頃) |
| 症 状 | <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> セキ <input type="checkbox"/> 鼻汁 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 咽頭痛 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 不機嫌 <input type="checkbox"/> 不活発 <input type="checkbox"/> その他 (具体的に→) | |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (何に→) | |
| 既往症 | <input type="checkbox"/> 突発性湿疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> りんご病 <input type="checkbox"/> プール病 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> その他 () | |

●医師の指示欄 (かかりつけの医療機関)

| | |
|----------|---|
| 病名 症状 | 保育室 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 |
| | <input type="checkbox"/> 保育可 <input type="checkbox"/> 保育不可 安静度 <input type="checkbox"/> 安静 <input type="checkbox"/> 静かな遊び |
| 指 示 | ・持参の薬 (<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 不要) ・水分 <input type="checkbox"/> 少しずつ <input type="checkbox"/> 欲しがるだけ コメント |
| 昼 食 | ・ <input type="checkbox"/> 普通食 ・ <input type="checkbox"/> 除去食 (<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> その他 () ・ <input type="checkbox"/> ミルク (_____ ml) ・牛乳 <input type="checkbox"/> 与えてよい。 <input type="checkbox"/> 与えてはならない。 |

●病院確認欄

| | |
|------|---------|
| 町負担額 | 半額 ・ 全額 |
|------|---------|