

別記様式（第8条関係）

令和 年 月 日

病児・病後児保育利用申込書（兼児童台帳）

三豊市長 宛て

病児・病後児保育の利用について、次のとおり申し込みます。

【保護者記入欄】

(ふりがな) 児童名		性別		生年月日	年 月 日生 ( 歳 か月)
住所					
電話番号		(ふりがな) 保護者氏名			
昼食・おやつ	<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"/> その他 ( ) ※下痢食などの指定がありましたらご記入ください。				
	<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			

【医療機関記入欄】

病名・症状			
投薬状況及び経過など			
特記すべき 既往歴 (いずれかに○)	有	熱性けいれん ( 回 )	ぜんそく
		食物アレルギー ( )	その他 ( )
	無		
上記のため、病児保育 ・ 病後児保育 が 日必要です。			
医療機関名	担当医師名		

※この様式を書きいただく料金は、保険診療（診療情報提供料I）の扱いとなります。

【病児・病後児保育実施医療施設記入欄】 医療機関名 ( )

利用可否	<input type="checkbox"/> 保育可	保育室		
	<input type="checkbox"/> 保育不可	安静度	<input type="checkbox"/> 安静	<input type="checkbox"/> 静かな遊び
その他注意事項	※他児との接触の可否など、利用するにあたって注意する点があればご記入下さい。			
投薬について				
担当医師氏名				

# 病児・病後児保育利用連絡書

令和 年 月 日記入

児童氏名	(ふりがな)	性別	年 月 日生まれ( 歳 か月)		
	( 第1子 ・ 第2子 ・ 第3子 ・ その他 )				
1. 体温 (                  °C ) ( 今回の病気で の 最高体温                  °C                  月                  日 )					
2. 体重 (                  kg )					
3. 今回の病気の状況					
( 今回の症状が出た日                  月                  日 )					
4. 歩行について 現在の歩行状態について丸を付けてください。					
<input type="checkbox"/> はいはい <input type="checkbox"/> 伝い歩き <input type="checkbox"/> よちよち <input type="checkbox"/> 歩行可能					
保護者氏名	(ふりがな)	続柄	電話番号		
勤務先名			電話番号		
利用事由	①仕事                  ②傷病                  ③その他(理由                  )				
通園・通学先名	(                  )	幼稚園・保育所・認定こども園	(                  )	小学校	
※病児保育利用料無料化事業登録者は記入→登録市町名                  受給者番号					
		氏名		電話番号	
緊急連絡	1				
	2				
お迎え予定時刻		時                  分頃	お迎え予定者名 (続柄                  )		

・既往歴について(いままでかかった病気の番号と【 】の内容に○をつけてください。

1	突発性発疹	2	麻しん(はしか)	3	水痘(水ぼうそう)	4	風しん(三日ばしか)
5	咽頭結膜炎(プール熱)	6	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	7	百日咳	8	ヘルパンギーナ
9	肺炎	10	B型肝炎(キャリアー含む)	11	とびひ	12	アトピー性皮膚炎
13	てんかん	14	喘息・喘息様気管支炎【薬の使用は 毎日 ・ 不調時のみ 】				
15	川崎病【心臓合併症 あり ・ なし 】						
16	熱性けいれん 【座薬の指示 あり ・ なし】【初回                  歳                  か月、最後                  歳                  か月、これまでに                  回】						
17	食物アレルギー【 小麦 ・ 牛乳 ・ 卵 ・ 大豆 ・ その他(                  )】						
18	その他【具体的に                  】						

・予防接種歴について(これまでに受けた予防接種の番号と【 】の回数に○をつけてください。

1	三種混合【I期 1回目 2回目 3回目 追加】	2	ポリオ	3	BCG	4	肺炎球菌
5	四種混合【I期 1回目 2回目 3回目 追加】	6	MRワクチン(はしか・風しん)				
7	日本脳炎【I期 1回目 2回目 追加】	8	水痘(水ぼうそう)	9	Hibワクチン		
10	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	11	インフルエンザ【最近受けたのは 年 月】				
12	その他【                  】						
かかりつけ医療機関名							