

市川市病後児保育事業利用申請書

年 月 日

市川市長

住 所

(ふりがな)

氏 名

電 話 ()

次のとおり市川市病後児保育事業を利用したいので申請します。

(ふりがな)	男	生年月日	年	月	日
乳幼児氏名	女		歳	か月	
保護者	父・氏名	()	お子さんの愛称		
	母・氏名	()	(続柄)		
緊急連絡	父	電話 ()	勤務先等名称		
	母	電話 ()	勤務先等名称		
	その他	電話 ()	勤務先等名称		
現在の保育の状況	1 保育園等	保育園	電話 ()		
	2 家庭・その他 ()		電話 ()		
かかりつけ医院等	電話 ()				
現在の健康状態	現在の症状				
平常の健康状態	1 良 2 発育上心配なこと ()				
利用を希望する理由	1 労働 2 職業訓練 3 就業 4 疾病 5 出産 6 事故 7 看護及び介護 8 冠婚葬祭 9 私的理由 10 その他				
利用を希望する日	年 月 日 () から 年 月 日 () まで				
利用を希望する時間	午前・午後 時から 午前・午後 時まで				
その他(体質やくせ等)					

情報提供書

病後児保育実施機関 あて

平成 年 月 日

医療機関

所在地

電話&FAX

医師名

印

病気の回復期にある児童が、病後児保育の利用を申請するにあたり、つぎのとおり診療情報を提供いたします。

(保護者記入欄)

氏名		性別	男・女
生年月日	平成 年 月 日生 (満 歳)		
住所			
保護者名		連絡先	

(医療機関記入欄) *該当項目に○を付けてください。

病名	1 感冒・感冒症候群	*以下の疾患については、他のお子様への「感染期」を経過した状態 *必ず別紙の登園許可書が添付されていること		
	2. 上気道炎			
	3. 気管支炎			
	4. 感冒性胃腸炎(嘔吐・下痢)	1. 麻疹	6. 咽頭結膜熱	
	5. 中耳炎・外耳炎	2. 水痘	7. 百日咳	
	6. 喘息・喘息様気管支炎	3. 風疹	8. 結核	
	7. 骨折等の外傷性疾患 ()	4. インフルエンザ		
	8.その他 ()	5. 流行性耳下腺炎		
主な症状	1. 発熱	2. 下痢	3. 嘔吐	4. 咳嗽
	5. 喘鳴	6. 発疹	7. その他 ()	
食事に関する特別な指示	1. なし 2. あり ミルクのみ ・ 離乳食 (前期・中期・後期) ・ 幼児食 アレルギー食 (除去内容) その他 ()			
薬の処方	1. なし 2. あり () *薬剤アレルギーの有無 1.なし 2.あり () *薬が処方されている場合は、薬剤情報書等の添付または内容を記載してください。			
その他の注意事項				

*この文書は初診に限り保険診療 (診療情報提供料 I) の扱いとなります。

連絡票

家庭より	検温	(:) °C		家庭での様子		
	睡眠	: ~ :				
	排便	夜	固・普・軟・水／無			
		朝	固・普・軟・水／無			
	機嫌	良・普・悪				
	朝食の内容と量	(:)ミルク cc				
全・1/2・少量()						
緊急連絡先 ①						
②						

お迎え時間 (:) 本日のお迎え 父・母・その他 ()						
保育園より	機嫌	良・普・悪		排便	固・普・軟・水(回)／無	
	検温	: :	°C	食事の内容と量	時刻	
		: :	°C			
		: :	°C			
	与薬	: :	与薬サイン	午睡		
保育園での様子						

児童氏名

(愛称)

与薬依頼書

保育園長

保護者氏名

与薬時間	食前・食後・その他(時 分)
病院名	TEL
病名	
薬の種類	粉薬 ()包 錠剤 ()錠
	シロップ 目薬 塗り薬 その他()
処方された日	平成 年 月 日
薬の名前	
与薬時の注意事項	

【留意事項】

- ・薬は必ず1回分ずつ分けて、各々に名前を書いて下さい。
- ・薬は、今回の病気で処方されたもののみお預かり致します。(市販の薬はお預かりできません。)
- ・お薬手帳や薬の説明書があればご持参ください。

同意書

子どもの容態が急激に悪化した場合などの緊急時には、保護者の同意を得て医療機関の受診、治療、処置を行うこと、又は保護者に連絡が取れない場合でもこれを行うことに同意いたします。	
	平成 年 月 日
	署名