

様式第2号(第10条関係)

病児・病後児保育事業利用申込書

実施機関の長 あて

病児・病後児保育の利用について、次のとおり利用を申込みます。

申請者 住 所 酒田市 _____

氏 名 _____ ⑩

連絡先 _____

※記名押印に変えて、署名（自署）によることも可能

令和 _____ 年 _____ 月 _____ 日記入

ふりがな 児童氏名	生年月日		年 月 日(歳 箇月)										
愛 称	性 別		男・女	血液型									
利 用 日	月 日～ 月 日		予 定 利用時間	時 分～ 時 分									
児童の症状	①症状の始まり _____月_____日_____時頃から ②今朝の体温 _____℃(平熱_____℃) ③現在の症状 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> のどの痛み <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> その他() ④下痢している場合 便の状態 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状便 <input type="checkbox"/> 水様便 <input type="checkbox"/> その他() 最後に排便したのはいつですか。(_____月 _____日 _____時頃) 水分は取れていますか。(<input type="checkbox"/> 取れている <input type="checkbox"/> 取れていない) ⑤昨夜は良く眠れていましたか。(<input type="checkbox"/> 眠れた <input type="checkbox"/> 眠れなかった)												
服薬の状況	①服薬はしていますか。 <input type="checkbox"/> していない <input type="checkbox"/> している⇒ <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td><input type="checkbox"/>抗生物質</td> <td><input type="checkbox"/>風邪薬</td> <td><input type="checkbox"/>解熱剤</td> <td><input type="checkbox"/>吐き止め</td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/>その他(具体的に)</td> </tr> </table> ※薬の名前が分かっていたら記入してください。 (_____) ②最後に服薬したのはいつですか。(_____月 _____日 _____時頃) ※与薬が必要な場合は、与薬依頼書を添付してください。					<input type="checkbox"/> 抗生物質	<input type="checkbox"/> 風邪薬	<input type="checkbox"/> 解熱剤	<input type="checkbox"/> 吐き止め	<input type="checkbox"/> その他(具体的に)			
<input type="checkbox"/> 抗生物質	<input type="checkbox"/> 風邪薬	<input type="checkbox"/> 解熱剤	<input type="checkbox"/> 吐き止め										
<input type="checkbox"/> その他(具体的に)													
児童の送迎	送り	氏名	続 柄	父・母・その他()									
		時 分頃	電話番号										
	迎え	氏名	続 柄	父・母・その他()									
		時 分頃	電話番号										
その他 連絡事項													
申込理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他()												

注1 □欄については、該当項目にレ印を記入してください。

医 師 連 絡 票

病児・病後児保育の利用について、下記の通り連絡します。

令和 年 月 日

児童氏名				
病名・症状	病名	隔離	病名	隔離
	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群	要・不	<input type="checkbox"/> 手足口病	要・不
	<input type="checkbox"/> 咽頭炎	要・不	<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病)	要・不
	<input type="checkbox"/> 扁桃腺炎	要・不	<input type="checkbox"/> その他()	要・不
	<input type="checkbox"/> 気管支炎	要・不		
	<input type="checkbox"/> 喘息・喘息性気管支炎	要・不		
	<input type="checkbox"/> 消化不良症	要・不	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	要・不
	<input type="checkbox"/> 感冒性嘔吐症	要・不	<input type="checkbox"/> 麻疹	要・不
	<input type="checkbox"/> 自家中毒症	要・不	<input type="checkbox"/> 水痘	要・不
	<input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎	要・不	<input type="checkbox"/> 百日咳	要・不
	<input type="checkbox"/> 結膜炎	要・不	<input type="checkbox"/> 風疹	要・不
	<input type="checkbox"/> 膿痂疹(とびひ)	要・不	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	要・不
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹症	要・不	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱)	要・不
病名不明のとき <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他()				
病状	<input type="checkbox"/> 急性期(発熱等) ※病後児保育での受入不可 <input type="checkbox"/> 回復期(下熱・微熱等)			
安静度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 ※病後児保育での受入不可 <input type="checkbox"/> 室内安静(他児との静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)			
薬の処方	<input type="checkbox"/> 投薬なし <input type="checkbox"/> 投薬あり() ※予薬上の注意()			
食事(昼食)	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 牛乳のみ <input type="checkbox"/> 離乳食(前期・中期・後期) <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> アレルギー食(除去内容:)			
その他(指示事項)				
主治医所見	<input type="checkbox"/> 病児保育の利用が可能と思われる。 <input type="checkbox"/> 病後児保育の利用が可能と思われる。 医療機関名 電話番号 医師名			

注2 欄については、該当項目にレ印を記入してください。

注3 病児とは当面症状の急変は認められないが病気の回復期に至ってない集団保育が困難な児童を、病後児とは病気の回復期の集団保育が困難な児童をいいます。