

病児保育室ひまわり 様

病児・病後児保育の利用について下記のとおり連絡します。

年 月 日

御坊市・日高町・由良町・美浜町・日高川町・印南町		
お名前	様	病院・医院 ④
	年 月 日生(男・女)	
下記の病名・病状の番号に○をおつけください。		
01 上気道炎( )	14 麻疹	主な症状 (病名不明の場合も含む) 30 発熱 31 下痢 32 嘔吐 33 咳嗽 34 喘鳴 35 発疹 36 その他 ( )
02 気管支炎, 肺炎	15 水痘	
03 喘息, 喘息性気管支炎	16 風疹	
04 感染性胃腸炎( )	17 百日咳	
05 ケトン血性嘔吐症	18 溶連菌感染症	
06 中耳炎	19 インフルエンザ(A・B型)	
07 結膜炎(流行性角結膜炎を除く)	20 RSV感染症	
08 膿痂疹	21 外科的疾患	
09 突発性発疹	( )	
10 手足口病	22 その他	
11 伝染性紅斑(リンゴ病)	( )	
12 流行性耳下腺炎		
13 アデノウイルス感染症		
病状	1. 急性期(発熱など) 2. 回復期(下熱・微熱・食欲の増加など)	
安静度	1. ベッド上安静 2. 隔離室で隔離 3. 室内安静(ベッド上での生活が主・他児との静かな遊びは可) 4. 室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい)	
症状経過及び 医師の指示事項		
食事	母乳・人工乳(製品名 )・牛乳 離乳食(前期・中期・後期)・幼児食 アレルギー食(除去食の内容: ) 下痢食 その他( )	
その他の 注意点	薬剤アレルギー(薬剤名: 症状 ) その他の注意すべきこと:	
与薬について	病児・病後児保育室での与薬(あり・なし) 処方内容:	
	次回受診予定	月 日
備考	翌日も病児保育が 1. 必要 2. 地域保育所に復帰	

連絡票をご記入いただくお医者様へ

この連絡票は、子育て支援の一環として日高医師会のご協力をいただいているものです。お手数をおかけしますが無料にてご記入いただきますようお願いいたします。

(当事業への問い合わせ 電話 23-5508 御坊市社会福祉課)

## 病児病後児保育事業利用申請書

		※左の利用料階層欄には記入しないでください。		
市町名	御坊市・日高町・由良町・美浜町・日高川町・印南町	利用日	年 月 日～ 年 月 日	
利用の理由	就労・傷病・事故・出産・冠婚葬祭・その他	詳細		
(ふりがな) 対象児童の名前		年 齢	歳 月 日	
保護者氏名		在籍園名		
住 所		家の電話番号		
緊急連絡先(電話番号) 確実に連絡がとれるところ	① 勤務先	TEL	お迎えの時間	
	②	TEL	お迎えをする人	
<b>お子さんの状況</b>				
予防接種履歴	ヒブ	1回・2回・3回・追加	小児用肺炎球菌	
	B型肝炎	1回・2回・3回		
	四種混合	受けた(第1期初回 1回・2回・3回・第1期追加)・受けていない		
	BCG	受けた( 年 月 日)・受けていない		
	麻疹風しん	第1期・第2期	水痘	
	日本脳炎	第1期初回1回・2回・第1期追加		
	ロタウイルス	受けた・受けていない	おたふくかぜ	
	インフルエンザ	1回目・2回目・受けていない	上記以外で受けた予防接種 ( )	
これまでにかかった 主な感染症と病気 (かかったものに○ をつけてください。)	1. 突発性発疹 5. おたふく風邪 9. 咽頭結膜炎 13. 結核 17. てんかん	2. はしか 6. 手足口病 10. ヘルパンギーナ 14. 喘息 18. 心臓病	3. 風疹 7. りんご病 11. 熱性けいれん 15. アトピー性皮膚炎 19. その他	
現在の 症 状	今朝	昨夜	備 考	
	体温	℃	℃	
	嘔吐	回	回	平熱 :                   ℃
	下痢	回	回	座薬の最終使用時刻:   時 分
	食事			アレルギーについて
	薬内服			食べ物 : 薬 :
	排泄	ひとりで 手助け( ) おむつ		かかりつけ医: 薬のいつもの飲ませ方:  特に心配なこと:

上記のとおり、病児病後児保育を利用したいので、申し込みます。

なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

また、病状の変化等により、病児病後児保育を中止し、必要に応じて医療を施すことを了承します。

年 月 日

保護者名

印

御坊市長 様

病児保育室ひまわり 電話番号 24-0144

# 同 意 書

私は、病児・病後児保育の利用料の決定に関して、私と私の世帯員の  
課税調査をすることに同意します。

御坊市長・日高町長・由良町長・美浜町長・日高川町長・印南町長 様

年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_ 印