

吉野川市病児・病後児保育事業 利用申請書 兼 同意書

申請日 年 月 日

吉野川市長 様

申請者（記入者）

住所 _____

氏名 _____ 印 _____

以下の記載内容のとおり、病児・病後児保育事業の利用を申請します。

フリガナ		男 ・ 女	生年月日	年 月 日生
利用児童 氏名				(満 歳・小学 年生)
緊急連絡先	電 話 ※確実に連絡できる電話番号を記入してください。			
保育状況	保育所(園)名() ・ 幼稚園名() 小学校名 () ・ 家庭保育			
利用施設	さくらんぼ ・ ひだまり			
利用日	年 月 日 ()			
利用時間	午(前・後) 時 分 ~ 午(前・後) 時 分			
申請理由	1. 勤務 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. その他()			
生活保護の 適用	有 ・ 無			
負担金	2,000円 ・ 免除			

施設記入欄	負担金 預かりの有・無	(預かり者)	(申請書No.)
			-

(同意事項及び注意事項)

1. 記入した個人情報は、吉野川市及び実施施設で共有することに同意します。
2. 利用中は実施施設の職員の指示に従い、実施施設の医師が必要と認めたときは、診療を受けることに同意します。
3. 事業の実施にあたり必要となった医療費その他の実費は、利用者負担となることに同意します。
4. 負担金(2,000円)の領収書は、後日吉野川市より送付します。施設から領収書等の発行はありません。

病児・病後児保育施設「さくらんぼ」利用申請書

平成 年 月 日

さくら診療所 理事長様

申請者 住所

氏名 印

以下の記載内容のとおり、病児・病後児保育事業の利用を申請します。
また、記入した個人情報は、実施施設で共有することに同意します。

フリガナ		男・女	生年月日	平成 年 月 日生
児童氏名				(満 歳 ヲ月・小学 年生)
緊急連絡先	電話 ※確実に連絡できる電話番号を記入してください。			
保育状況	保育所(園)名() ・ 幼稚園名() 小学校名() ・ 家庭保育			
かかりつけ 医療機関名	施設名 () 電話番号 () 担当医師 ()			
初診日	平成 年 月 日			
利用期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 (日間)			
利用時間	午前 時 分 ~ 午前 時 分 午後 時 分			
申請理由	1. 勤務 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. その他()			
主な症状	発熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ 発疹 ・ ぜい鳴 目やに ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ けいれん ・ その他()			
備考				

(同意事項及び注意事項)

1. 利用中は実施施設の指示に従い、実施施設の医師が必要と認めたときは、診療を受けることに同意します。
2. 事業の実施に当たり必要となった医療費及びその他の実費は、利用者の負担となります。
3. 利用期間及び利用時間を変更する場合は、速やかに申し出てください。

病状連絡票

平成 年 月 日 ()

お子様の名前		男・女		歳 月		
記入者名		生年月日		平成 年 月 日生		
病名(おわかりならば)						
昨日はどのように 過ごしていましたか？			①自宅安静			
			②保育所(園)・幼稚園・小学校に通っていた			
			③病後児保育室を利用していた			
症状	熱	無 ・ 有		いつから？ / ~		
		今朝: °C		最高 / : °C		
	咳	無 ・ 少し ・ 多い		いつから？ / ~		
	鼻汁	無 ・ 少し ・ 多い		いつから？ / ~		
	下痢	無 ・ 有 (回)		いつから？ / ~		
	嘔吐	無 ・ 有 (回)		いつから？ / ~		
	食欲	有 ・ 無		昨日の夜: 普通 ・ 少量 ・ 食べない		
				今朝: 普通 ・ 少量 ・ 食べない		
	機嫌	良い ・ 悪い				
	睡眠	眠れている ・ 眠れていない ()				
その他						
☆昨日から今朝までの症状は・・・						
改善している ・ かわらない ・ 悪化している						
お薬	持参の薬	無 ・ 有				
	内容	抗生剤 ・ 咳の薬 ・ 整腸剤 ・ その他()				
	朝の薬	飲んだ ・ 飲んでいない				
	解熱剤	無 ・ 有 (AM ・ PM : に使用)				
	吸入治療	無 ・ 有 (AM ・ PM :)				
	薬の飲ませ方					
熱性けいれんの既往	無 ・ 有 けいれん止めの使用(AM ・ PM : に使用)					
インフルエンザ予防接種は行いましたか？ (冬期のみ) なし ・ 1回 ・ 2回						
本日の緊急連絡先			TEL;			

病児・病後児保育室 さくらんぼ 児童票

平成 年 月 日 () 記入		記入者名 ;			
ふりがな	男 女 愛称				
氏名					
生年月日	平成 年 月 日生 歳 ヶ月				
保育所・学校名	保育所(園)・幼稚園・小学校 年 組				
自宅住所	〒() (TEL;)				
かかりつけ医	(TEL;)				
同居家族	氏名	続柄	年齢	勤務先名	TEL
緊急連絡先	氏名	続柄	TEL		
	①				
	②				
周産期	妊娠中の異常(なし ・ あり)				
	出産時の体重 g				
	出産時の異常(なし ・ あり)				
乳児期発達	首のすわり; ヶ月 おすわり; ヶ月 一人歩き; ヶ月				
	栄養法(母乳 人工 混合)				
	離乳食開始時期; ヶ月 幼児食; ヶ月				
	初語(意味のある言葉); 歳 ヶ月				
予防接種	(接種が済んでいるものに○をして下さい)				
	ポリオ ・ BCG ・ MR(はしか・風疹) ・ 三種混合				
	水ぼうそう ・ おたふく風邪 ・ 日本脳炎 ・ はしか ・ 風疹				

※裏面もご記入下さい

