

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 \_\_\_\_\_

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			
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、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るときは、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

令和      年      月      日

さくら診療所 理事長様

申請者      住所

氏名

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、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      ヶ月・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	令和      年      月      日			
利用期間	令和      年      月      日      ~      令和      年      月      日      (      日間)			
利用時間	午前      時      分		午前      時      分	
	午後      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

年 月 日 ( )

お子様の名前		男・女	歳	ヶ月		
記入者名		生年月日	年	月 日生		
病名(おわかりならば)			体重	kg		
昨日はどのように 過ごしていましたか？		<input type="checkbox"/> 自宅安静				
		<input type="checkbox"/> 保育所(園)・幼稚園・小学校に通っていた				
		<input type="checkbox"/> 病後児保育室を利用していた				
症状	熱	昨夜 :	℃( 時頃 )			
		今朝 :	℃( 時頃 )			
		最高 :	℃( / )			
	咳	無 ・ 少し ・ 多い	いつから?	/ ~		
	鼻汁	無 ・ 少し ・ 多い	いつから?	/ ~		
	排便	有 ・ 無	昨夜 :	硬 ・ 普 ・ 軟 ・ 下痢 ( 回 )		
			今朝 :	硬 ・ 普 ・ 軟 ・ 下痢 ( 回 )		
	嘔吐	無 ・ 有 ( 回 )	いつから?	/ ~		
	食欲	有 ・ 無	昨夜;	普通 ・ 少量 ・ 食べない		
			今朝;	普通 ・ 少量 ・ 食べない		
	機嫌	良い ・ 悪い (どのように?)				
睡眠	: ~ :					
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 )				
		利用中に38度以上の熱が出た場合、医師の判断により 解熱剤(座薬)の使用を希望しますか? 希望します ・ 希望しません				
	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)				
新型コロナウイルスの既往		無 ・ 有 (令和 年 月頃)				
新型コロナウイルスワクチン接種は行いましたか?		いいえ ・ はい(令和 年 月頃)				
インフルエンザ予防接種は行いましたか? (冬季のみ)		なし ・ 1回 ・ 2回				
本日の緊急連絡先		TEL;				
お迎えの時間/人		時 分頃 / 父 ・ 母 ・ 祖父 ・ 祖母 ・ その他				
		※上記の時間/人に変更がある場合は必ず携帯の方にご連絡下さい				

## 病児・病後児保育室 さくらんぼ 児童票

年 月 日 ( ) 記入		記入者名 ;			
ふりがな	愛称 男 女				
氏名					
生年月日	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

既往歴	(今までにかかった病気に○をつけて下さい。)	
	突発性発疹 ・ はしか ・ 風疹 ・ 水ぼうそう	
	おたふく風邪 ・ 百日咳 ・ 川崎病	
	その他;病名(	歳 月)
入院歴	病名;	歳 月
	病名;	歳 月
熱性けいれん	ある ・ ない	
	初回(	歳 月) 最後(
	熱は( )°C以上で出ることが多い。	
	けいれん止めの使用(	)°C 発作時の対応( )
アレルギー	食物; ない ・ ある(除去食; )	
	喘息; ない ・ ある(定期薬; 飲み薬 ・ 吸入)	
食事	食事量; よく食べる ・ ふつう ・ 食が細い	
	食べ方; 手づかみ ・ スプーン ・ はし	
排泄	おむつ; している ・ 夜のみしている ・ していない	
睡眠	昼寝; しない ・ する( 時 ~ 時まで)	
	寝つき; よい ・ あまりよくない	寝起き; よい ・ あまりよくない
	寝かせ方; ひとり寝 ・ 添い寝 ・ 抱っこ	
	寝る時のくせ; ※例 おしゃぶり ・ タオル ・ ぬいぐるみなど ( )	
好きな遊び		
保護者からみた性格		
その他気を付けて欲しいこと		

※この児童票に記入された内容は、守秘義務により第三者には知られません。 病児・病後児保育室 さくらんぼ