様式第2号（第15条関係）

（酒田地区）

病児・病後児保育事業利用申込書

実施機関の長　　　　　　　　　宛

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  　　　　　　　　　　　　　　氏　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先 |

　　　　　　　年　　　月　　日記入

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  児童氏名 |  | | 生年月日 | 年　月　日（　歳　箇月） | | |
| 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　□発熱　□発疹　□鼻水　□咳　　　□のどの痛み  　□腹痛　□下痢　□嘔吐　□吐き気　□食欲低下  　□頭痛　□目やに　□その他（　　　　　　　　）  4　下痢している場合  便の状態　□軟便　□泥状便　□水様便　□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。　　（□取れている　□取れていない）  5　昨夜は良く眠れていましたか。（□眠れた　　　□眠れなかった） | | | | | |
| 服薬の状況 | 1　服薬はしていますか。  　　□していない  　　□している⇒ 　□抗生物質　□風邪薬　□解熱剤　□吐き止め  　 　□その他（具体的に　　　　　　　　　　　）  ※薬の名前が分かっていれば記入してください。  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  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。 | | | | | |
| 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 | □就労　□傷病　□事故　□出産　□冠婚葬祭　□その他（　　 ） | | | | | |

(注)　□欄については、該当項目にレ印を記入してください。

（酒田地区）

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。

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 |  | | | | |
| 病名・症状 | 病　　　名 | | 隔離 | 病　　　名 | 隔離 |
| □感冒・感冒様症候群 | | 要・不 | □手足口病 | 要・不 |
| □咽頭炎 | | 要・不 | □伝染性紅斑（りんご病） | 要・不 |
| □扁桃腺炎 | | 要・不 | □その他（　 ） | 要・不 |
| □気管支炎 | | 要・不 |  |  |
| □喘息・喘息性気管支炎 | | 要・不 |  |  |
| □消化不良症 | | 要・不 | □流行性耳下腺炎 | 要・不 |
| □感冒性嘔吐症 | | 要・不 | □麻疹 | 要・不 |
| □自家中毒症 | | 要・不 | □水痘 | 要・不 |
| □中耳炎・外耳炎 | | 要・不 | □百日咳 | 要・不 |
| □結膜炎 | | 要・不 | □風疹 | 要・不 |
| □膿痂疹（とびひ） | | 要・不 | □インフルエンザ | 要・不 |
| □突発性発疹症 | | 要・不 | □咽頭結膜熱（プール熱） | 要・不 |
| 病名不明のとき　　□発熱　□下痢　□嘔吐　□喘鳴  　　　　　　　　　□咳嗽　□発疹　□その他（　　　　　　　　　　） | | | | |
| 病状 | □急性期（発熱等）　※病後児保育での受入不可  □回復期（下熱・微熱等） | | | | |
| 安静度 | □ベッド上安静　　※病後児保育での受入不可  □室内安静(他児との静かな遊びは可)  □室内保育(他児と室内で普通に遊んでよい) | | | | |
| 薬の処方 | □投薬なし  □投薬あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　　※予薬上の注意（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 食事(昼食) | □ミルク　　　　　□牛乳のみ　　　□離乳食(前期・中期・後期)  □幼児食　　　　　□下痢食  □アレルギー食（除去内容：　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| その他  (指示事項) |  | | | | |
| 主治医所見 | | □　病児保育の利用が可能と思われる。  □　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)1　□欄については、該当項目にレ印を記入してください。

2　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。