

No.1

訪問型病児病後児保育 利用申込書

特定非営利活動法人にんにん様

訪問型病児病後児保育の利用につき、次のとおり申請します。また、利用料、保育を規定において利用すること、提携先病院にて利用することに同意します。

ふりがな		愛称	
児童氏名	男 女	生年月日	年 月 日生
申請者（保護者）氏名			
自宅住所（〒 - ）	電話 - -		
<input type="checkbox"/> 月会費なし：1時間利用料1,500円 <input type="checkbox"/> 月会費2,000円：1時間利用料850円 <input type="checkbox"/> 月会費3,000円：1時間利用料500円			
緊急連絡先	①氏名	(続柄)	電話(携帯) - -
	自宅・勤務先	()	・メール ()
	②氏名	(続柄)	電話(携帯) - -
	自宅・勤務先	()	・メール ()
	③氏名	(続柄)	電話(携帯) - -
	自宅・勤務先	()	・メール ()
園(所)・小学校名			
かかりつけ医/担当医			
予防接種	a: B型肝炎 (回接種) b: ヒブ (回接種) c: 肺炎球菌 (回接種) d: BCG		
	e: 三種混合 <input type="checkbox"/> 1期 (回接種) <input type="checkbox"/> 1期追加 f: ポリオ (回接種)		
	g: 四種混合 <input type="checkbox"/> 1期 (回接種) <input type="checkbox"/> 1期追加 h: MR(麻疹・風疹) <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期		
	i: 水痘(水ぼうそう) (回接種)		
	j: 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 1期初回 (回接種) <input type="checkbox"/> 1期追加 <input type="checkbox"/> 2期		
	k: おたふくかぜ l: ロタウイルス		
どんな病気にかかりましたか	はしか・風疹・おたふくかぜ・水ぼうそう・喘息 その他		
現在も治療中・投薬を受けている病気はありますか	ある () ・ない		
手術は受けたことがありますか	ない・ある (どんな) ・ 歳の時)		
ひきつけを起こしたこと			
薬を飲んで発心が出たり下痢をしたこと			
アレルギー			
その他伝達事項			

ここからはにんにん使用欄

会員No.	受付日:
-------	------

No.2

病児・病後児保育事業 医師連絡表

平成 年 月 日

病児・病後児保育事業の利用について、次の通り連絡します。

<p>病名</p>	<p>(1) 発病(推定年月日)平成 年 月 日</p> <p>(2) 発病(推定年月日)平成 年 月 日</p> <p>(3) 発病(推定年月日)平成 年 月 日</p> <p>■感染症の場合の感染の恐れ(有・無)</p>
<p>投薬処方等 (その他留意事項)</p>	
<p>児童の状況</p>	<p>回復期等にあり</p> <p>上記疾患の</p> <p>回復期には至らないが</p> <p>病児・病後児保育事業の利用に支障がないと認める</p>
<p>医療機関</p>	<p>医療機関名</p> <p>-----</p> <p>住 所</p> <p>-----</p> <p>電話番号</p> <p>-----</p> <p>担当医師名</p> <p>-----</p>

※備考 回復期の範囲

- ・日常罹患の疾病、伝染性疾患⇒急性期を経過した以降
- ・慢性疾患 ⇒ 慢性疾患が治まった以降
- ・外傷性疾患 ⇒ 症状が固定した以降