

## 病後児保育 利用申込書

さくら保育園病後児保育施設長 様

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 - -		
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			

ここからはさくら保育園使用欄

会員No.	受付日：
-------	------

### 病後児保育事業 医師連絡表

平成 年 月 日

病後児保育事業の利用について、次の通り連絡します。

病名	<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>
投薬処方等 (その他留意事項)	
児童の状況	<p style="text-align: center;">回復期等にある</p> <p>上記疾患の</p> <p style="text-align: center;">回復期には至らないが</p> <div style="position: relative; margin-left: 200px;"> <span style="font-size: 2em;">}</span> <p style="margin-left: 10px;">病児・病後児保育事業の利用に支障がないと認める</p> </div>
医療機関	<p>医療機関名 .....</p> <p>住 所 .....</p> <p>電話番号 .....</p> <p>担当医師名 .....</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