

病後児保育事業利用登録書

年 月 日記入

利用登録施設名					
児童氏名		ふりがな	生年月日	年 月 日生 (歳 か月)	
お子さんの愛称			入園保育園名 小学校名等		
保護者	氏名	ふりがな			自宅電話 ()
		児童との続柄 ()			携帯電話
	住所	佐野市			
事前登録している兄弟等がいる場合		(歳)	(歳)		
		(歳)	(歳)		
緊急連絡先	続柄	氏名	勤務先等	電話番号	
	父			電話 () 携帯等	
	母			電話 () 携帯等	
				電話 () 携帯等	
健康保険証		記号	番号	保険者番号	
かかりつけの病院等名		(1) (2)			
お子さんの状態について詳しくお伺いします。※当てはまるものに○を付けるかご記入ください。					
出産時の様子		在胎 (週) (g) / 分娩時の異常 ない・ある ()			
乳児期の発育		首が据わる (か月) お座り (か月) 一人歩き (歳 か月)			
		人見知り (か月) 母親の後追い (か月)			
		発語 (意味のある言葉) (歳 か月)			
		栄養法 / 母乳 ・ ミルク ・ 混合 離乳食開始 / 前期 (か月) 中期 (か月) 後期 (か月)			
予防接種 ①		定期予防接種			
		ヒブ	1回目 / 2回目 / 3回目 / 4回目 / 受けていない		
		小児肺炎球菌	1回目 / 2回目 / 3回目 / 4回目 / 受けていない		
		四種混合	1回目 / 2回目 / 3回目 / 4回目 / 受けていない		
		三種混合	1回目 / 2回目 / 3回目 / 4回目 / 受けていない		
		ポリオ(生)	1回目 / 2回目 / 受けていない		
		" (不活化)	1回目 / 2回目 / 3回目 / 4回目 / 受けていない		
		BCG	1回目 / 受けていない		
		MR(麻疹・風疹)	1回目 / 2回目 / 受けていない		
		日本脳炎	1回目 / 2回目 / 3回目 / 受けていない		

[illegible]

利 用 申 込 書

年 月 日

様

申込者 住 所

(保護者) 氏 名

㊤

(児童との続柄：

)

病後児保育事業を利用したいので、別紙主治医の病後児保育事業利用連絡票を添えて申し込みます。

児 童	住 所 電 話	()				
	フリガナ	平成 年 月 日生	男	子 の 愛 称	平 熱	
	氏 名	(歳 カ月)	女		℃	
利 用 期 間	年 月 日から 年 月 日まで (日間)					
利用施設名			かかっていた病名			
保育園等名			保育園等電話	()		
緊急連絡先 1 番目	連絡先： ()		緊 急 連 絡 先 2 番 目	連絡先： ()		
保 護 者 及 び 家 族 欄	続 柄	氏 名	生 年 月 日	勤 務 先 名	勤務先電話番号	
			.		()	
			.		()	
			.		()	
			.		()	
お子さんを 家庭で看護 できない理由	1. 保護者の勤務の都合 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. 災害 7. 出張 8. その他社会的にやむ得ない事由 ()					
世帯状況	1. 生活保護世帯 2. 市民税非課税世帯 3. その他の世帯 ※ 1, 2 に該当する世帯でお子さんが認可保育所に入所していない世帯の方は、以下の証明書を添付してください。(その年度に初めて利用する時。2 回目以降は結構です。) 生活保護世帯・・・生活保護受給者証明書 市民税非課税世帯・・・前年度及び今年度の市民税非課税証明書の原本					
記入上の 注意	1. 利用期間は原則として7 日間です。7 日間を越える場合は、改めて申請してください。 2. 利用の理由は該当するところに○を付け、その他は明確、詳細にご記入ください。 3. 緊急連絡先は、施設及び市役所が保護者と連絡を取れる電話番号をご記入ください。					

病後児保育事業利用連絡票

(保護者記入欄)

ふりがな	性 別	男・女	生年月日	年 月 日
児童氏名				(歳 カ月)
住 所			電 話	
病後児保育利用希望期間	年 月 日から		年 月 日まで	

(主治医記入欄)

該当する 病名・症状 の番号に ○をお願い します。	1 感冒・感冒性症候群	11 突発性発疹症	(病名不明のとき) 21 発熱 22 下痢 23 嘔吐 24 咳痰 25 喘鳴 26 発疹
	2 咽頭炎	12 手足口病	
	3 扁桃腺炎	13 りんご病(伝染性紅班)	
	4 気管支炎	14 流行性耳下腺炎	
	5 喘息・喘息性気管支炎	15 麻疹	
	6 消化不良症	16 水痘	
	7 感冒性嘔吐症	17 百日咳	
	8 自家中毒症	18 風疹	
	9 中耳炎・外耳炎	19 インフルエンザ	
	10 結膜炎(流角結を含む)	20 その他()	

特に注意すべき事柄や指示がありましたら、記入をお願いいたします。（食事・特異体質・薬の使用他）

安静度 (○印)	1. ベッド上で安静 2. 室内安静 3. 室内保育 4. 隔離を要する
食事に関する指示 (○印)	1. 絶食 2. 下痢食 3. アレルギー食 (除去内) 4. その他 ()
治療 (処方内容) (○印)	1. 飲み薬 (水薬・散剤・錠剤・カプセル) 用法 1 日 回 日分 毎食 (前・後・直後・間) 時間おき、朝・昼・夕・寝る前 2. 塗り薬 3. 貼り薬 ※薬物アレルギーの有無 (あり・なし)
保育上の留意事項	

年 月 日 診断の結果、病後児保育事業の利用について、上記のとおり連絡いたします。

年 月 日

医 療 機 関 名

所 在 地

電 話

医 師 名

㊟

備考 この書類により情報提供した場合には診療情報提供料（診療報酬適用外）で算定することができます。