

病児保育利用 申込書

様

ふりがな			
利用児童氏名	男・女	生年月日	年 月 日生 (満 歳 か月)
利用期間	2022 年 月 日 ~ 月 日(日間)		
現在の症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 吐き気 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> その他 ()		
薬の有無	無 ・ 有 ※薬の処方内容が分かる説明書を持参してください。		
お迎え予定者・時間	氏名:	利用児童との関係 ()	
	時間:	時 分 ごろ	
利用の理由	子の体調不良のため。その他 ()		
登録時から変更がなければ記入不要	登録時から変わった アレルギーの有無	無 ・ 有 (症状)	
	登録時から変わった 既往歴 (✓をつける)	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 風疹 (三日ばしか) <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑 (りんご病) <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (牛乳・卵・小麦・そば・大豆・その他) <input type="checkbox"/> その他	
	登録時から変わった 予防接種歴 (✓をつける)	<input type="checkbox"/> B.C.G (結核) <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) <input type="checkbox"/> 風疹 (三日ばしか) <input type="checkbox"/> M.R (麻疹・風疹混合) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> D.P.T (ジフテリア・百日咳・破傷風3種混合) <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 2種混合 (ジフテリア・破傷風) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> Hib <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	登録時から変わった 緊急連絡先	<input type="checkbox"/> 保護者連絡先 (会社名等) 電話 児童との続柄: _____	

医師の診察を受け、説明を受けた上で病後児保育を申し込みます。なお、別紙、病児保育利用承諾書の内容を理解した上で利用を申し込みます。

年 月 日 保護者名 (自署)

病児保育利用 承諾書

年 月 日

社会福祉法人 雅福社会
みやびハウス 御中

病児保育を利用するにあたり、私共、利用園児 _____ の保護者は病児保育に関する説明を受け、以下のことを承諾いたします。

記

1. 病児保育の提供時間（午前8時～午後5時）を理解しました。
2. みやびハウスが関係機関に対し、世帯や利用状況等の個人情報を提供することを理解しました。
3. 病児保育中、体調の変化により保育困難となった連絡を受けた場合は早急にお迎えを約束します。
4. 利用料は、利用当日中に現金精算することを理解しました。
5. お迎えが予定より早くなった場合でも、返金がないことを理解しました。
6. 利用申し込み時に虚偽の報告、申請をしないことを約束します。
7. 他の病児保育利用園児と同室になり、他の病気に罹患する可能性があること理解しました。

承諾の場合、各項目ごとに に✓(チェック)を入れてください。

以上

(保護者自署)

住 所 _____

氏 名 _____ (保護者本人自筆)

病後児保育利用 医師連絡票

利用児童名 <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> 年 月 日生(歳) 男 ・ 女 </div>	
病名及び症状	
年 月 日 診察の結果、上記児童は病後児保育実施施設において、保育及び看護することが、現時点では可能であると考えられますので、下記の通り連絡いたします。	
(医療機関) 所在地 名称 電話番号 診断医師名 ㊟	
保育上注意する事項	
安静度	・普通に遊んでも可 ・主にベッド上で安静とするが静かな遊びは可 ・その他()
食事の指示	・特に制限なし ・制限あり()
薬	・なし ・あり(食前 ・ 食後 ・ その他 ())
アレルギー	・なし ・あり ()
その他留意事項	