

登録番号

焼津市病児・病後児保育利用児童登録申請書

年 月 日

(宛先) 焼津市長

記入者 (保護者)	〒 ー 電話番号	
	住所	
	氏名 (続柄)	
児童の氏名	ふりがな	性別 男 生年月日 年 月 日
	氏名	性別 女 年齢 歳 か月
通園施設等について	1 通園又は通学している。(施設名 電話番号) 2 通園又は通学していない。	
かかりつけ医	医療機関名 (電話番号) 担当医師	
緊急連絡先	住所氏名 (続柄)	連絡先 (電話番号)
	住所氏名 (続柄)	連絡先 (電話番号)
アレルギー体質の有無		
既往歴 (今までにかかった病気の番号に○を付けてください。)		
1 突発性発疹	14 湿疹	
2 麻疹 (はしか)	15 ぜん息・ぜん息様気管支炎	
3 水痘 (水ぼうそう)	(毎日薬を飲んでいる・いない・発作時だけ)	
4 風疹 (三日ばしか)	(毎日吸入療法をしている・いない・発作時だけ)	
5 いん頭性結膜炎 (プール熱)	16 アトピー性皮膚炎	
6 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	(治療は内服薬・食事療法)	
7 百日咳	17 川崎病 (心臓合併症 あり・なし)	
8 ヘルパンギーナ	18 B型肝炎 (キャリアー・キャリアーでない)	
9 手足口病	19 熱性けいれん	
10 伝染性紅斑 (りんご病)	(初回 歳 最後は 歳 これまでに 回)	
11 中耳炎	20 食物アレルギー	
12 異型肺炎 (マイコプラズマ肺炎)	(牛乳・乳製品、卵、鶏肉、牛肉、小麦、ソバ、ピーナッツ、大豆)	
13 とびひ	21 その他 ()	
配慮してほしい点 (食事制限、薬物アレルギー等)		

登録番号

焼津市病児・病後児保育利用申込書

年 月 日

(宛先) 焼津市長

申込者（保護者）	住 所	
	氏 名	
	電話番号	

次のとおり、焼津市病児・病後児保育事業を利用したいので、主治医の連絡票を添付して申し込みます。なお、利用期間中は、実施施設の指示に従い、保育中に病状が悪化した場合には、児童を迎えに来ること及び緊急を要するときは実施施設において病院等で児童を受診させることに同意します。

利用希望施設名					
利用希望期間	年 月 日から		年 月 日まで（ 日間）		
ふりがな	-----		性 別	男	生年月日
児童の氏名			別	女	年 月 日
通園施設等について	1 通園又は通学している。（施設名		電話番号		
利用事由（保護者の状況）	2 通園又は通学していない。 1勤務の都合 2傷病 3事故 4出産 5冠婚葬祭 6その他（ ）				
かかりつけ医	病院・医院 担当医：		電話番号：		
緊急連絡先	住所氏名	(続柄)	連絡先	(電話番号)	
	住所氏名	(続柄)	連絡先	(電話番号)	
今回の病気について	病 名		今朝の体温	℃	
	現在の症状（当てはまるものに○を付けてください。） 発熱 発疹 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 下痢 吐き気 食欲低下 頭痛 目やに その他（ ）				
	通園施設等欠席期間	年 月 日から（ 日間）			
	処方薬を受けて（いる・いない）		市販薬を飲んで（いる・いない）		
栄養方法	<input type="checkbox"/> 授乳中（母乳・人工・混合 1回 cc× 回） <input type="checkbox"/> 離乳食（ドロドロ・舌でつぶせる・歯茎でつぶせる・歯で噛める） <input type="checkbox"/> 普通食 食物アレルギー等による除去食（有・無）				
食事状況	全面介助・一人で食べるがかなりこぼす・一人で食べる（箸・スプーン）				
行 動	寝ている・首がすわっている・寝返る・座る・はう・立つ ・伝い歩き・歩行自由				
排 泄	おむつ（排せつ 教える・教えない）・時々おもらし・自立				
備 考					

- 【添付書類】 ・焼津市病児・病後児保育利用連絡票（第3号様式）
 ・投薬が必要な場合は投薬依頼書

※ 保護者負担額は、病児・病後児保育室に登園の際、必ず先に実施施設に支払うこと。

焼津市病児・病後児保育利用連絡票

(宛先) 焼津市長

患者氏名				性別	男・女
病名					
熱性けいれん 既往歴	有 ・ 無				
現在の投薬 処方内容	薬品名	容量	用法		
保育上の注意 (○印で記入)	1 ベッド上で安静 2 室内安静（ベッド上生活が主だが、室内で静かな遊び可） 3 室内保育（他児童と静かな遊び可） 4 その他注意事項 ()				

※学校保健安全法施行規則第18条に規定する感染症等の場合は、利用できません。

麻疹、インフルエンザ、風疹、水痘、流行性耳下腺炎、咽頭結膜熱、流行性角結膜炎、百日咳、溶連菌感染症、マイコプラズマ肺炎、ウイルス性胃腸炎（ノロウイルス、ロタウイルス、アデノウイルス等）、ヘルパンギーナ、RSウイルス感染症 等

診察の結果、(病児として・病後児として)病児・病後児保育事業の利用が可能と判断します。

※ () 内のいずれかを○で囲んでください。

年 月 日

医療機関 所在地

名称

担当医師 氏名

Ⓜ

電話