別記様式第４号（第５条関係）

　　年　　　　月　　　　　日

**高畠町病児保育施設利用申込書**

　高畠町長　宛　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　〒　　　　　－

保護者　　住所

氏名

病児保育施設の利用について、下記のとおり申し込みます。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | 生年月日 |  年　　　　　月　　　　　日（　　　　　　歳　　　カ月） |
| 性別 | 男 ・ 女 | 血液型 | 型　 |
| 愛称 |  |
| 児童を保育できない理由 | □ 就労　　　□ 傷病　　　□ 事故　　　□ 出産　　　□ 冠婚葬祭□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 利用日（最長5日間） | 月　　　日 ～　　月　　　日（　　 　日間） | 予定利用時間 | 時　　　分 ～ 　　時　　　分 |
| 緊急連絡先 | １、氏名　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　）電話番号 | ２、氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（続柄：　　　　）電話番号 |
| 前日の様子 | 症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　最高体温（　　　　　）時ごろに　　　　　　℃（平熱　　　　　　℃）食欲　（　なし・あり　）　食べたもの（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）排便　（　なし・普通・硬便・軟便・泥状便・水様便）　回数（　　　　）回　　　排尿　（多い・普通・少ない）　　回数（　　　　）回嘔吐　（　なし・あり　）　　　　　　　　　　　　ありの時　回数（　　　　）回解熱剤　（　使用した・使用しない　）　　　使用した場合の時間　（　　　　　　時頃）　　　　内服時間（　　　　　　　　　　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 今朝の様子 | 症状（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）　体温（　　　　　　）時ごろに　　　　　　　℃食欲（　なし・あり　）　食べたもの・時刻（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　：　　　　時頃）排便　（　なし・普通・硬便・軟便・泥状便・水様便）　回数（　　　　）回　　　排尿　（多い・普通・少ない）　　回数（　　　　）回嘔吐　（　なし・あり　）　　　　　　　　　　　ありの時　　回数（　　　　）回睡眠時間（　　　時　　　分　～　　　　時　　　　分　　　）解熱剤　（　使用した・使用しない　）　　　使用した場合の時間　（　　　　　　時頃）　　　　内服時間（　　　　　　　　　　　）その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 栄養方法 | １、授乳中　母乳・人工・混合　（1回　　　　　ＣＣ×　　　　回）２、離乳食(　ドロドロ　・舌でつぶせる　・歯でかめる　)　　３、普通食 |
| 食事状況 | １、全介助　　　２、1人で食べるがこぼす　　３、１人で食べる（箸・スプーン） |
| アレルギー | なし　・　あり（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 排泄 | １、おむつ（ 排泄を 教える ・ 教えない ）　　２、時々おもらし　　　３、自立 |
| 児童の送迎 | ◎送り　　氏名　　　　　　　　　　続柄　（　　　　　）　　　　　　　　時　　　　分頃 | ◎迎え　　氏名　　　　　　　　　　続柄　（　　　　　）　　　　　　　　時　　　　分頃 |
| 予防接種 | ヒブ | 未　・　済　(　　回 ・ 追加 ) | 肺炎球菌 | 未　・　済　(　　回 ・ 追加 ) |
| ＢＣＧ | 未　・　済 | Ｂ型肝炎 | 未　・　済　(　　回 ・ 追加 ) |
| 四種混合 | 未　・　済　(　　回 ・ 追加 ) | 五種混合 | 未　・　済　(　　回 ・ 追加 ) |
| 麻しん・風しん | 未　・　済　(　１期 ・ ２期 ) | 水痘 | 未　・　済　(　　回 ) |
| 日本脳炎 | 未　・　済　(　　回 ・ 追加 ) | おたふくかぜ | 未　・　済　（　　回　） |
| ロタウイルス | 未　・　済 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 既往歴 | ・ 突発性発疹　　　・ 水　痘　　　　　　　　・ 麻 しん 　　 ・ 風 しん　　　　　　　・ おたふくかぜ・ 手足口病　　　　・ 熱 性 けいれん　　　・ 喘　息　　　　・ アトピー性皮膚炎・ その他 ( ) |
| 常時服用している薬 | なし　・　あり　　薬品名　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他 |  |

※病児保育施設利用中は、常に病児保育施設からの連絡に対応できるようにしてください。

別記様式第５号（第５条関係）

【かかりつけ医記入欄】

|  |
| --- |
| 病状等記入欄 |
| 病名・症状 | □ 感冒・感冒様症候群 　　　□ 咽頭炎□ 扁桃炎 　　 　□ 気管支炎□ 喘息・喘息性気管支炎 　　 　□ 感染性胃腸炎□ 中耳炎・外耳炎 　 　　□ 結膜炎□ 膿痂疹とびひ 　　　□ 突発性発疹症□ 手足口病・ヘルパンギーナ 　 □ 伝染性紅斑（りんご病）□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【条件つき疾患】□流行性耳下腺炎　　□水痘　　□百日咳　　□風疹　　□インフルエンザA　　□インフルエンザB□新型コロナ□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 【病名不明のとき】□ 発熱　　□ 下痢　　□ 嘔吐　　□ 喘鳴　　□ 発疹　　その他（　　　　　　　　　　　　　　　）　　　　　　　　　　　　　　　 |
| 安静度 | □ ベッド上安静　　□ 室内安静　　　□ 隔離 |
| 薬の処方 | □ 投薬なし　　　　□ 投薬あり※与薬上の注意（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| その他　　　（指示事項） | * 現時点で入院の必要性なし
 |
| 主治医確認 | 　　　　　　年　　　月　　　日医療機関名医師名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　℡ |

**高畠町病児保育施設利用連絡票**