

様式第1号 (第9条関係)

吉岡町病児保育事業利用申込書

年 月 日									
(宛先) 吉岡町長 (施設長)	様								
申請者 住所 (保護者)氏名 電話 ()									
吉岡町病児保育事業の利用を希望するので、次のとおり申し込みます。									
フリガナ 児童氏名	性別 生年月日 男・女 (歳 月)								
通所施設等	1 保育所(園) 2 その他(小学校・幼稚園・施設・在宅)								
看護できない理由	1 勤務の都合 2 その他()								
施設の利用日	年 月 日から 年 月 日まで								
施設の利用時間	時 分から 時 分まで								
緊急連絡 先	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 15%;">氏名 (続柄)</td> <td style="width: 15%;">電話番号</td> <td style="width: 15%;">勤務先名称 住所</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>氏名 (続柄)</td> <td>電話番号</td> <td>勤務先名称 住所</td> </tr> </table>	1	氏名 (続柄)	電話番号	勤務先名称 住所	2	氏名 (続柄)	電話番号	勤務先名称 住所
1	氏名 (続柄)	電話番号	勤務先名称 住所						
2	氏名 (続柄)	電話番号	勤務先名称 住所						
児童の状況等で特に伝えておきたいこと。									
これまでににかかった感染症									
生活保護	無 ・ 有								
※認定欄(記入不要)									
利用料 <input type="checkbox"/> 1 生活保護世帯 無 料 <input type="checkbox"/> 2 町外に住所を有する児童 3, 000円 <input type="checkbox"/> 3 その他 2, 000円									

備考

- 1 「診療情報提供書」を必ず医療機関で作成してもらい、確認を受けてください。
- 2 薬の指示書(処方内容のわかるもの)、母子健康手帳(予防接種欄)の写し、生活保護受給者証の写しについては、裏面に添付してください。

与薬申請書

医師・薬剤師による指示書（情報提供書）と薬を添付しますので、保育中に与薬してください。

- 1 薬には、氏名を記入し、1回分に分けてお持ちください。
- 2 医師・薬剤師による薬剤情報提供書はコピーでも可。（市販薬はお預かりしていません。）
- 3 登園時に必ず保育士・看護師に申し送りをしてください。

【添付欄】

薬の指示書（処方内容のわかるもの）の写し

母子健康手帳（予防接種欄）の写し

生活保護受給者証の写し

備考 母子手帳（予防接種欄）の写しがない場合は、次に記載してください。

- 1 これまでにかかった主な大きな病気について、該当するものに☑してください。

みずぼうそう おたふくかぜ 麻疹 風疹 その他（ ）

- 2 これまでに接種した予防接種について該当するものに☑してください。

みずぼうそう おたふくかぜ 麻疹・風疹 ロタウイルス

様式第2号（第9条関係）

診療情報提供書

(宛先) 吉岡町長
(施設長)

吉岡町病児保育事業の利用について、次のとおり情報を提供いたします。

【保護者記入欄】

フリガナ 児童氏名		男 女	生年 月日	年 月 日 (歳 月)
住所 電話	()	保護者氏名		
病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】

診断・症状 ※該当する病名・症状番号に○を付すか、「その他」に記入をお願いします。		
01 上気道炎・感冒 02 下気道炎(気管支炎・肺炎) 03 中耳炎 04 結膜炎 05 胃腸炎 06 インフルエンザ(A・B) 07 水痘 08 流行性耳下腺炎	09 咽頭結膜熱 10 ヘルパンギーナ 11 手足口病 12 溶連菌感染症 13 気管支喘息 14 外傷 ()	《診断不確定のとき、症状》 15 発熱 16 嘔吐 17 下痢 18 腹痛 19 発疹 20 咳嗽
その他 ()		
症状経過 ・ 検査結果 ・ 治療経過 ・ 備考		
現在の処方		
他疾患の児童と同室	可・不可	
治癒までの見込期間		
本児童は、吉岡町病児保育事業を利用することに差し支えありません。 年 月 日 医療機関名 所在地 電話番号 () 医師名 印		

主治医の先生へ

この書類は、利用児童が病児保育を受けるために必要な事項を情報提供いただくものであり、診療情報提供書（I）を患者1人につき月1回（250点）算定できます。

吉岡町病児保育の受け入れ範囲

お預かりできる病気の範囲
<ul style="list-style-type: none">・感冒や消化不良症（多症候性下痢）等の乳幼児が日常罹患する疾患・喘息等の慢性疾患・骨折等の外傷性疾患・下記に挙げている感染性疾患
受け入れ可能な感染症一覧
<ul style="list-style-type: none">・インフルエンザA型・B型（鳥インフルエンザは除く。）・百日咳・流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）・水痘（みずぼうそう）、カポジ水痘様発疹症・咽頭結膜熱（プール熱）・溶連菌感染症・手足口病・伝染性紅斑（りんご病）・ヘルパンギーナ・マイコプラズマ感染症・流行性嘔吐下痢症（ノロウイルス・ロタウイルス）・伝染性膿痂疹（とびひ）・RSウイルス

お預かり不可能な病状
<ul style="list-style-type: none">・上記以外の感染症・麻疹・風疹・腸管出血性大腸菌感染症・喘息の重篤的な発作以上（中発作以上）・38.5℃以上の高熱・意識混濁・けいれん後48時間以上経過していない。・経口摂取がまったくできない。・嘔吐、下痢の状態が継続していて、著しい脱水状態（おしっこが出ない等）・医師の診察により、病状が重く点滴を必要とする場合・1歳の誕生日を過ぎてMR（麻疹・風疹混合ワクチン）未接種のお子様・かかりつけ医等の診察により、利用が困難と判断された場合

※ 病状により予約をされていても受け入れが出来ない場合がありますので、あらかじめご了承ください。

様式第3号（第9条関係）

病状連絡票

年 月 日

病児・病後児保育施設を利用する際に、記入してお持ちください。

お子さんのお名前：	お子さんの愛称：
ご両親の呼び方：	
お迎えする方のお名前：	続柄（父・母・祖父・祖母・その他）
お迎え予定時刻：	時 分

①今回みられる病状についてお書きください。

体温	今朝の体温 _____ 度 _____ 分	平熱 _____ 度 _____ 分
本日みられる 症状（○をつける）	発熱 嘔吐 喘鳴	のどの痛み 咳 腹痛
		はなみず 下痢 その他（ _____ ）

②与薬・食事・排泄・昼寝等についてお書きください。

今朝までの 与薬内容	昨夜（ _____ : _____ ） 解熱剤（有・無） 有→（ _____ : _____ ） 今朝（ _____ : _____ ）
保育施設で 必要な与薬	内服 座薬 吸入 点眼 軟膏 ・ 無 <input type="checkbox"/> 与薬に苦勞する （具体的な与薬の方法→ _____ ）
解熱薬	希望（ _____ ） ・ 不要 （注：38.5℃以上でつらそうな場合は、保護者の希望で持参した解熱薬を看護師が与薬します。）
臨時の吸入	必要なら追加（回数： _____ 回、吸入薬： _____ ） ・ 不要
アレルギー	有（ _____ ） ・ 無
食事・飲水 状況	朝食（済・未） 最終の食事時刻（ _____ : _____ ） ミルク 朝飲んだ時間（ _____ : _____ ） 普段の量（ _____ ml）
普段の昼寝 の様子	昼寝をしますか？ はい（ _____ 時間程度） ・ いいえ 寝る時の癖（ _____ ） トントン・抱っこ・ラック・布団
その他	自傷行為などの癖はありますか？ はい・いいえ 対応策（③に記入）

③その他、伝えておきたいことがあればお書きください。

--

※お子様の持ち物には、全て氏名を記入していただきますよう、お願いいたします。

※お子様にマスクを着用させて登園していただきますよう、お願いいたします。

※お薬は1回分に分け、氏名を記入の上お持ちください。水薬は可能な範囲でお願いいたします。