

湯沢町病児・病後児保育利用申込書

申込日 平成 年 月 日

湯沢町長 様 住所 申込者 氏名 ※自署される場合捺印は不要					
湯沢町病児・病後児保育の利用を次の内容に同意して申込みします。					
1 利用料の算定に用いる課税状況等を確認すること。 2 保育中に症状の変化に伴い、緊急に医師の診察を受ける必要がある場合は、保護者の承諾なしに受診し、その治療に要した費用は保護者が負担すること。 3 保育中に病状が急変・再発等の理由により保育が継続できないと判断した時は利用中止すること。					
利用日時		平成 年 月 日 時 分 ~ 時 分			
利用 児 童	氏名	性別	生年月日	通っている保育園・学校・その他	
	ふりがな	男 ・ 女	平成 年 月 日	__歳児クラス	__年生
	かかりつけ病院	名称： 主治医名： 電話番号：			
緊急 連 絡 先	氏名	続柄	電話番号 (携帯番号)	勤務先	勤務先電話番号
利用日にお迎えに来る方について 氏名 () 続柄 () お迎えの予定時刻 (時 分頃) ※お迎えの方が緊急連絡先以外の方の場合の連絡先 TEL ()					※お迎えの方が 変更になる場合 は、必ずご連絡 ください。

- * 本利用申込書と「医師連絡票（様式第2号）」「病児保育連絡票」を実施施設に提出し利用開始となります。
- * 「医師連絡票（様式第2号）」は、かかりつけ医を受診した際に記入を依頼してください。平日の通常診察時間内での発行が原則となりますので、「医師連絡票（様式第2号）」の発行を目的とした時間外受診はご遠慮ください。
- * 利用児童が定員（3名）を超えた場合又は、利用児童の傷病によっては定員に満たない場合でも利用をお断りすることがありますので予めご了承ください。

裏面あり

初回利用時のみ記入をお願いします。

●予防接種履歴											
ヒブ	1回目	年	月	小児用肺炎球菌	1回目	年	月	四種混合	1期 1回目	年	月
	2回目	年	月		2回目	年	月		1期 2回目	年	月
	3回目	年	月		3回目	年	月		1期 3回目	年	月
	追加	年	月		追加	年	月		1期 追加	年	月
BCG		年	月	麻しん 風しん	1回目	年	月	日本脳炎	1回目	年	月
水痘		年	月		2回目	年	月		2回目	年	月
					追加	年	月		追加	年	月
生ポリオ	1回目	年	月	不活化ポリオ	1回目	年	月	三種混合	1期 1回目	年	月
	2回目	年	月		2回目	年	月		1期 2回目	年	月
インフルエンザ	今年度接種	済・未			3回目	年	月		1期 3回目	年	月
					追加	年	月		1期 追加	年	月
●感染症履歴											
麻疹 (はしか)	歳	か	月	おたふく かぜ	歳	か	月	その他	[] 歳 月
風疹	歳	か	月	百日咳	歳	か	月		[] 歳 月
水痘	歳	か	月	突発性発 疹	歳	か	月		[] 歳 月
●その他											
喘息	薬 毎日・発作時・無 吸入 毎日・発作時・無	熱性けい れん ()回			初回	歳	か	月	アトピー 性皮膚炎	内服薬 食事療法	
		最近	歳	か	月						
その他	現在治療中の病気 ()										
食物アレルギー	なし	あり：牛乳・卵・そば・大豆・小麦・その他()									
薬物アレルギー	なし	あり：種類等()									
入院の経験	なし・あり(歳 月、病名) なし・あり(歳 月、病名)										
薬の飲ませ方について、配慮して欲しいこと											
その他(心配なこと、配慮して欲しいことについて記入してください)											

※ 以下行政確認欄

利用料金区分	<input type="checkbox"/> 2,000円 (住民税課税世帯・町外)	<input type="checkbox"/> 1,000円 (住民税非課税世帯)	<input type="checkbox"/> 無料 (生活保護世帯等)
--------	---	---	--

裏面あり

湯沢町病児・病後児保育医師連絡票

年 月 日 記入

湯沢町長 様

医 療 機 関 名 称

電 話

担 当 医 師 氏 名



湯沢町病児・病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡いたします。

患 者 氏 名	男・女	平成 年 月 日生	満()歳
病 名 ・ 症 状	1 急性上気道炎	10 麻疹	
	2 気管支炎・肺炎	11 風疹	
	3 喘息・喘息性気管支炎	12 水痘	
	4 ヘルパンギーナ	13 インフルエンザ	
	5 感染性胃腸炎	14 溶連菌感染症	
	6 周期性嘔吐症(自家中毒症)	15 中耳炎	
	7 突発性発疹症	16 百日咳	
	8 手足口病	17 伝染性膿痂疹	
	9 流行性耳下腺炎	18 その他 (病名)	
(病名不明のとき)			
	19 発熱	20 下痢	21 嘔吐 22 咳嗽 23 喘鳴 24 発疹
病児・病後児保育の利用可否	1. 可 (治療中 ・ 回復期) 2. 否		
隔 離 の 必 要	1. あり 2. なし	特に注意する点	
安 静 度	1. ベッド上安静 2. 室内安静 (ベット上が主、他児との静かな遊びは可) 3. 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)		
薬の有無	<input type="checkbox"/> 薬 有 <input type="checkbox"/> 薬 無		
投薬時の注意	<input type="checkbox"/> 投薬は薬剤情報提供書またはお薬手帳のとおり <input type="checkbox"/> その他 ()		
その他の指示事項			
病児・病後児保育を必要とする期間	月 日 から 月 日まで (日間) ※町の基準により7日間以内となります。		

平日の通常診察時間内での発行が原則となりますので、本票発行を目的とした時間外受診はご遠慮ください。

☆病児保育連絡票・氏名 <

> (歳・ 学年)

日付	年 月 日()		症状及び病名	
体温	家庭での様子		病後児保育室での様子	
	平熱	・ °C	時 分頃	・ °C
	夜	時 ・ °C	時 分頃	・ °C
	朝	時 ・ °C	時 分頃	・ °C
薬	解熱剤	<input type="checkbox"/> 使用 ()時 種類	時 分頃	・ °C
	座薬等	<input type="checkbox"/> 使用せず	解熱剤	<input type="checkbox"/> 使用せず
	内服薬	<input type="checkbox"/> 朝、内服した () <input type="checkbox"/> 朝、内服せず		<input type="checkbox"/> 使用 ()時()個
	外用薬	<input type="checkbox"/> 使用した 種類 <input type="checkbox"/> 使用しない	投薬	<input type="checkbox"/> 投薬せず <input type="checkbox"/> 投薬した (時 分 印)
		時間	一日の様子	
投薬依頼	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 粉末・シロップ 外用薬・錠剤 薬品名() <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間 普段の飲ませ方()			
項目	子どもの状態			
鼻水	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			
せき	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 少ない <input type="checkbox"/> ない			
その他	()			
嘔吐	夜 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()回 朝 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()回			
便	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()回 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 水様 最終便(月 日 時)			
食事	夕食	()時 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない	担当看護師・保育士から	
	朝食	()時 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない		
機嫌	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い			
睡眠	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い ()時から()時まで			
伝達事項				
持参品	<input type="checkbox"/> お弁当 <input type="checkbox"/> 離乳食 <input type="checkbox"/> チェック <input type="checkbox"/> お茶 <input type="checkbox"/> スポーツドリンク <input type="checkbox"/> その他 ()			

持ち物リスト

	品 目	
<input type="checkbox"/>	利用料金	2,000 円
<input type="checkbox"/>	保険証	コピーを 1 枚
<input type="checkbox"/>	各書類	利用申込書、医師連絡票、病児保育連絡票
<input type="checkbox"/>	着替え	2 組 (パンツ・下着シャツ・上着・ズボン・スタイ等) ※嘔吐、下痢時は多めに
<input type="checkbox"/>	オムツ	8 枚 (必要な方のみ) ※下痢児は多めに
<input type="checkbox"/>	おしりふき	必要な方のみ
<input type="checkbox"/>	食事用エプロン	必要な方のみ
<input type="checkbox"/>	口拭き	3 枚 (ハンドタオル・ガーゼハンカチ等)
<input type="checkbox"/>	昼食	病状に合わせた内容 (パン・おかゆ・うどん等)
<input type="checkbox"/>	飲み物	麦茶、白湯、OS-1 等
<input type="checkbox"/>	間食	昼食が思うように摂れなかった時などに、病状に合わせた物 (ヨーグルト・ゼリー・バナナ・スポーツ飲料等)
<input type="checkbox"/>	粉ミルク 哺乳ビン	必要な方のみ ※ミルクは 1 回分ずつ小分けにしてください
<input type="checkbox"/>	その他	使い慣れたおもちゃ等

※不明な点はお問い合わせください

★利用時間

8:30～17:30 延長保育は出来ません

★当日キャンセル

8:30 までに、病児保育室「ぽっかぽか」に連絡下さい。

TEL 090-5404-2766