

湯沢町病児・病後児保育利用申込書

申込日 年 月 日

|                                                                                         |         |                        |             |                |                                        |
|-----------------------------------------------------------------------------------------|---------|------------------------|-------------|----------------|----------------------------------------|
| 湯沢町長 様                                                                                  |         |                        |             |                |                                        |
| 申込者                                                                                     |         |                        | 住 所         |                |                                        |
|                                                                                         |         |                        | 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                                                                                    |         | 年 月 日 時 分～ 時 分         |             |                |                                        |
| 利用<br>児<br>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<br>・<br>女 | 年 月 日          | ____歳児クラス<br>____年生                    |
|                                                                                         |         |                        |             |                |                                        |
|                                                                                         | かかりつけ病院 | 名 称：<br>主治医名：<br>電話番号： |             |                |                                        |
| 緊急<br>連<br>絡<br>先                                                                       | 氏 名     |                        | 続柄          | 電話番号<br>(携帯番号) | 勤務先<br>電話番号                            |
|                                                                                         |         |                        |             |                |                                        |
|                                                                                         |         |                        |             |                |                                        |
| 利用日にお迎えに来る方について<br>氏名 ( ) 続柄 ( )<br>お迎えの予定時刻 ( 時 分頃)<br>※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<br>変更になる場合<br>は、必ずご連絡<br>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      |        |        | 1回目    | 年            | 月    | 日本脳炎 |             |        | 1回目 | 年 | 月 |
| 水痘                                         |  |  | 年                               |                |   | 月       | 風しん      |        |        | 2回目    | 年            | 月    |      |             |        | 2回目 | 年 | 月 |
|                                            |  |  |                                 |                |   |         |          |        |        |        |              |      |      |             |        | 追加  | 年 | 月 |
| 生ポリオ                                       |  |  | 1回目                             | 年              | 月 |         |          |        | 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   | か | 月 |
| 風疹                                         |  |  | 歳                               | か              | 月 | 百日咳     |          |        | 歳      | か      | 月            |      |      |             | [      | 歳   | か | 月 |
| 水痘                                         |  |  | 歳                               | か              | 月 | 突発性発疹   |          |        | 歳      | か      | 月            |      |      |             | [      | 歳   | か | 月 |
| ●その他                                       |  |  |                                 |                |   |         |          |        |        |        |              |      |      |             |        |     |   |   |
| 喘息                                         |  |  | 薬<br>毎日・発作時・無<br>吸入<br>毎日・発作時・無 | 熱性けいれん<br>( )回 |   |         | 初回<br>最近 | 歳<br>歳 | か<br>か | 月<br>月 | アトピー<br>性皮膚炎 |      |      | 内服薬<br>食事療法 |        |     |   |   |
| 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 か月、病名 )<br>なし・あり( 歳 か月、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<br>(住民税課税世帯・町外) | <input type="checkbox"/> 1,000 円<br>(住民税非課税世帯) | <input type="checkbox"/> 無 料<br>(生活保護世帯等) |
|--------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------|

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                                                                                                                  | 年 月 日 生 満 ( ) 歳                                                                                     |
| 病 名 ・ 症 状                | 1 急性上気道炎<br>2 気管支炎・肺炎<br>3 喘息・喘息性気管支炎<br>4 ヘルパンギーナ<br>5 感染性胃腸炎<br>6 周期性嘔吐症(自家中毒症)<br>7 突発性発疹症<br>8 手足口病<br>9 流行性耳下腺炎 | 10 麻疹<br>11 風疹<br>12 水痘<br>13 インフルエンザ<br>14 溶連菌感染症<br>15 中耳炎<br>16 百日咳<br>17 伝染性膿痂疹<br>18 その他 (病名 ) |
|                          | (病名不明のとき)<br>19 発熱    20 下痢    21 嘔吐    22 咳嗽    23 喘鳴    24 発疹                                                      |                                                                                                     |
| 病児・病後児保<br>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<br>2. 室内安静 (ベットの上が主、他児との静かな遊びは可)<br>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<br><input type="checkbox"/> その他 ( )                                   |                                                                                                     |
| その他の<br>指示事項             |                                                                                                                      |                                                                                                     |
| 病児・病後児保<br>育を必要とする<br>期間 | 月 日 から 月 日まで ( 日間)<br>※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                                                                                                                                                                                            | ・ ℃                                                                    | 時 分頃        | ・ ℃                                                                     |
|                                      | 夜                                                                                                                                                                                             | 時 ・ ℃                                                                  | 時 分頃        | ・ ℃                                                                     |
|                                      | 朝                                                                                                                                                                                             | 時 ・ ℃                                                                  | 時 分頃        | ・ ℃                                                                     |
| 薬                                    | 解熱剤                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> 使用 ( )時 種類                                    | 時 分頃 ・ ℃    |                                                                         |
|                                      | 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 ( )<br><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<br><input type="checkbox"/> 使用しない     | 投薬          | <input type="checkbox"/> 投薬せず<br><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<br>外用薬・錠剤<br>薬品名( )<br><input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 食間<br>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<br>朝 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )回                                                              |                                                                        |             |                                                                         |
| 便                                    | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )回<br><input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟便 <input type="checkbox"/> 泥状 <input type="checkbox"/> 水様<br>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<br>( )時から( )時まで                                                                                                                       |                                                                        |             |                                                                         |
| 伝達事項                                 |                                                                                                                                                                                               |                                                                        |             |                                                                         |
| 持参品<br><input type="checkbox"/> チェック | <input type="checkbox"/> お弁当 <input type="checkbox"/> 離乳食                                                                                                                                     |                                                                        |             |                                                                         |
|                                      | <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）<br>※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<br>（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<br>哺乳ビン | 必要な方のみ<br>※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**