

いちき串木野市病児・病後児保育事業利用申請書

年 月 日

実施施設長 様

〒

申 請 者 住 所

(保護者) 氏 名 印

電 話(自 宅) - -

(勤務先) - -

ふりがな 児童氏名	生年月日	年 齢	性 別	続柄	※お迎えサービ ス利用
	平成 年 月 日 令和	歳 月	男・女		☐ 利用あり
利 用 希 望 期 間	年 月 日～ 年 月 日()日間				
保 育 所 等 の 名 称	保育所(園) 幼稚園 小学校				
家 庭 で 育 児できない理由	1 勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 災害 7 出張 8 学校等への公的行事 9 その他理由()				
世 帯 状 況	1 生活保護世帯 2 その他の世帯 ※ 1の世帯については確認できる書類を添付してください。				

医療機関記入欄

病 名 ・ 病 状 等					
01 感冒・感冒様症候群	06 消化不良症	11 膿痂疹	16 麻疹	<病名不明のとき> 20 発熱 23 咳嗽 21 下痢 24 喘鳴 22 嘔吐 25 発疹	
02 咽喉炎	07 感冒性嘔吐症	12 突発性発疹症	17 水痘		
03 扁桃腺炎	08 自家中毒症	13 手足口病	18 百日咳		
04 気管支炎	09 中耳炎・外耳炎	14 伝染性紅斑(りんご病)	19 風疹		
05 喘息・喘息性気管支炎	10 結膜炎(眩角結を含む。)	15 流行性耳下腺炎	26 その他()		
病 状	1 急性期(発熱期) 2 回復期(下熱・微熱等)				
安 静 度	1 ベッド上安静 2 隔離室で隔離 3 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 4 室内安静(他児と室内で普通に遊んでよい。)				
処 方 内 容	次回診察予定日 月 日() ※ 院外処方採られている場合は、薬剤情報提供書を持参するようご指導ください。				
実施施設長 様 上記のとおり一時預かりの対象として差し支えないことを診断します。 年 月 日 医療機関名称 医師名 印					

※ 診断に係る費用は申請者の負担となります。

(実施施設長承諾欄)

申請者(保護者) 様	
次のとおり、当施設への入所を承諾いたします。	
入所期間	年 月 日～ 年 月 日
施 設 名 称 病児保育所 あいあいきつず 施設長氏名 伊東 一則 印	