

第 1 号様式（第 8 条関係）

病後児保育事業利用児童登録申請書

年 月 日

富士宮市長 宛

| | | |
|-----------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| 記入者 (保護者) | 〒 _____ 電話番号 _____ | |
| | 住所 _____ | |
| 氏名 _____ | | |
| ふりがな | 性 男 別 女 | 生年月日 _____ 年 月 日 |
| 児童の氏名 | 年 齢 | _____ 歳 _____ か月 |
| 通園施設等について | 1 通園又は通学している。(施設名 _____ 電話番号 _____) 2 通園又は通学していない。 | |
| 利用事由 (保護者の状況) | 1 勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 その他 (_____) | |
| かかりつけ医 | 病院・医院 _____ 担当医: _____ 電話番号: _____ | |
| 緊急連絡先 | 住所氏名 (続柄) _____ | 連絡先 _____ 電話番号: _____ |
| | 住所氏名 (続柄) _____ | 連絡先 _____ 電話番号: _____ |
| アレルギー体質の有無 _____ | | |
| 既往歴 (今までかかった病気の番号に○を付けてください。) | | |
| 1 突発性発疹 | 14 湿疹 | |
| 2 麻疹 (はしか) | 15 ぜん息・ぜん息様気管支炎 (毎日薬を飲んでいる・いない・発作時だけ) | |
| 3 水痘 (水ぼうそう) | (毎日吸引療法をしている・いない・発作時だけ) | |
| 4 風疹 (三日ばしか) | | |
| 5 いん頭性結膜炎 (プール熱) | 16 アトピー性皮膚炎 (治療は内服薬・食事療法) | |
| 6 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) | | |
| 7 百日咳 | 17 川崎病 (心臓合併症 あり・なし) | |
| 8 ヘルパンギーナ | 18 B型肝炎 (キャリアー・キャリアーでない) | |
| 9 手足口病 | 19 熱性けいれん (初回 _____ 歳、最後は _____ 歳、これまでに _____ 回) | |
| 10 伝染性紅斑 (りんご病) | 20 食物アレルギー ミルク、卵、鶏卵、牛肉、そば、大豆、小麦、 その他 (_____) | |
| 11 中耳炎 | 21 その他 (_____) | |
| 12 異型肺炎 (マイコプラズマ肺炎) | | |
| 13 とびひ | | |
| 予防接種 (これまで受けたものの番号に○を付け、接種年月日を御記入ください。) | | |
| 1 ツベルクリン反応結果 | 陰性 陽性 | 6 風疹 (三日ばしか) _____ 年 _____ 月接種 |
| 2 BCG | _____ 年 _____ 月接種 | 7 麻疹・風疹混合 _____ 年 _____ 月接種 |
| 3 日本脳炎 | 1回目 _____ 年 _____ 月接種 | 8 ポリオ 1回目 _____ 年 _____ 月接種 2回目 _____ 年 _____ 月接種 |
| | 2回目 _____ 年 _____ 月接種 | |
| | 3回目 _____ 年 _____ 月接種 | 9 流行性耳下腺 (おたふくかぜ) _____ 年 _____ 月接種 |
| 4 三種混合 又は二種 混合 | 1回目 _____ 年 _____ 月接種 | 10 水痘 (水ぼうそう) _____ 年 _____ 月接種 |
| | 2回目 _____ 年 _____ 月接種 | |
| | 3回目 _____ 年 _____ 月接種 | |
| 5 麻疹 (はしか) | _____ 年 _____ 月接種 | 11 インフルエンザ 0歳 1歳 2歳 3歳 4歳 5歳 |
| 備考 | | |

第2号様式（第9条関係）

病後児保育事業利用申請書

年 月 日

富士宮市長 宛

住所
申請者（保護者）氏名 ⑩
電話

次のとおり、病後児保育事業を利用したいので、主治医の連絡票を添付して申し込みます。なお、利用期間中は、実施施設の指示に従い、保育中に病状が悪化した場合には、児童を迎えに来ること及び緊急を要するときは、実施施設において病院等で児童を受診させることに同意します。

| | | | | | |
|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|-----------------|-------|---|
| 利用希望施設名 | | | | | |
| 利用希望期間 | 平成 年 月 日から平成 年 月 日まで（ 日間） | | | | |
| ふりがな | 性 別 | 男 ・ 女 | 生年月日 | 年 月 日 | |
| 児童の氏名 | | | 年 齢 | 歳 か月 | |
| 通園施設等について | 1 通園又は通学している。（施設名 電話番号） 2 通園又は通学していない。 | | | | |
| 利用事由（保護者の状況） | 1 勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 その他（ ） | | | | |
| かかりつけ医 | 病院・医院 担当医： | | 電話番号： | | |
| 緊急連絡先 | 住所氏名（続柄） | | 連絡先 電話番号： | | |
| | 住所氏名（続柄） | | 連絡先 電話番号： | | |
| 今回の病気について | 病名 | | | 今朝の体温 | ℃ |
| | 現在の症状（当てはまるものに○を付けてください。） 発熱 発疹 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 下痢 吐き気 食欲低下 頭痛 目やに その他（ ） | | | | |
| | 通園施設等欠席期間 | | 平成 年 月 日から（ 日間） | | |
| | 処方薬を受けて（いる・いない） | | 市販薬を飲んで（いる・いない） | | |
| 栄養方法 | <input type="checkbox"/> 授乳中（母乳・人工・混合 1回 cc× 回） <input type="checkbox"/> 離乳食（ドロドロ・舌でつぶせる・歯茎でつぶせる・歯で噛める） <input type="checkbox"/> 普通食（アトピー等による食事制限（必要・不必要） | | | | |
| 食事状況 | 全面介助 ・ 一人で食べるがかなりこぼす ・ 一人で食べる（箸・スプーン） | | | | |
| 行動 | 寝ている ・ 首がすわっている ・ 寝返る ・ 座る ・ 這う ・ 立つ ・ 伝い歩き ・ 歩行自由 | | | | |
| 排泄 | おむつ（排せつ：教える・教えない） ・ 時々おもらし ・ 自立 | | | | |
| 備考 | | | | | |

【添付書類】病後児保育利用医師連絡票（第3号様式）、投薬が必要な場合は投薬依頼書、ひとり親世帯の場合は児童扶養手当受給者証の写し

※使用料は、病後児保育室に登園の際、必ず先に実施施設に支払うこと。

第 3 号様式（第 9 条関係）

病後児保育事業利用医師連絡票

富士宮市長 宛

| | | | |
|--------|------------------------------------------------------------------|-----|-----|
| 患者氏名 | (歳) | 性 別 | 男・女 |
| 病 名 | | | |
| 保育上の注意 | <input type="checkbox"/> なし | | |
| | <input type="checkbox"/> あり（ありの場合下記に記入してください。） | | |

診察の結果、上記の病気の回復期にあり、病後児保育事業の利用が可能と判断します。

年 月 日

医療機関 所在地

名 称

担当医師 氏 名

印

電 話

※医療機関の皆様へ

本連絡票は、市内の医療機関においては無料で記載していただいております。御理解・御協力をよろしくお願いいたします。

富士宮市長