

病児保育事業利用申込書

大和市長 あて

年 月 日

申請者 住所 _____

(保護者) 氏名 _____

病児保育事業を利用したいので、次のとおり診療情報提供書を添えて申し込みます。

| | | | | | | |
|-------------|------|--|------|-------|----|---|
| 児童 | フリガナ | | 生年月日 | 年 月 日 | | |
| | 氏名 | | 性別 | 男・女 | 年齢 | 歳 |
| 緊急連絡先 | | ① 連絡先 | 電話 | — | — | |
| | | ② 連絡先 | 電話 | — | — | |
| 利用の理由 | | 保護者の状況 <input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> その他() | | | | |
| お迎え予定時間 | | 時 分頃 | | | | |
| お迎えに来る人 | | <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> その他() *本人確認ができるものを提示のこと。 | | | | |
| 生活保護受給の有無 | | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合、受給者証を提示してください。) | | | | |
| 主治医(かかりつけ医) | | 医療機関名 | 担当医師 | 電話番号 | | |
| | | | | | | |

| | | |
|-------------|---|--|
| 昼食 | <input type="checkbox"/> 昼食を持参する <input type="checkbox"/> 昼食を依頼する (アレルギーのある方は昼食・おやつを持参してください。) | |
| 食物アレルギー | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(除去食材:) | |
| 与薬(処方薬に限る。) | <input type="checkbox"/> 依頼する <input type="checkbox"/> 依頼しない | |

児童の状況

| | | | | | | |
|-----|--|---|-----|--|----|--------------|
| 症 状 | | | | | | |
| 発症日 | 月 日 () 頃から | | 嘔 吐 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | |
| 体 温 | 平熱 | ℃ | | 今朝 | ℃ | 昨日 |
| | | | 昨夜 | ℃ | 今朝 | 回 |
| 睡 眠 | : ~ : | | 便 | <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> 水様 | | 昨日 回 今朝 回 |
| 朝 食 | 内容() (食欲: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) | | 発 疹 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (部位:) | | |
| 授 乳 | <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク (ml) : 頃 | | かゆみ | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (部位:) | | |

※ 児童の症状が急変し市立病院を受診したときは、通常の医療費のほか、非紹介者の初診時選定療養費5,000円(税別)がかかります(保険外診療)。