

様式第1号(第7条関係)

病 後 児 保 育 利 用 申 請 書

年 月 日

病後児保育実施施設長 様

(保護者) 住 所 橋本市  
氏 名 \_\_\_\_\_ (印)  
電話(自宅) \_\_\_\_\_  
連絡先(職場等電話) \_\_\_\_\_

橋本市乳幼児健康支援一時預かり事業実施要綱第7条の規定に基づき病後児保育の利用を申請します。

対象児童名		年 月 日 生 (満 歳)		
在籍保育所等 施設名		歳クラス		
緊急連絡先	氏 名		電 話	
	続 柄		携帯電話	
	氏 名		電 話	
	続 柄		携帯電話	

この申請書には、「病後児保育登録届出書」及び「医師連絡票」を添付してください。

(生活保護法に基づく生活扶助を受けている世帯、前年度分の市町村民税非課税世帯及び前年度所得税非課税世帯に属するときは、それを証する書類を添付してください。また、年度途中でその状況が変更になった場合は、申し出てください。)

番号 ー

病後児保育登録届出書

対象児童名	男・女	愛称	年 月 日生																											
保育所名	緊急連絡先																													
保護者名	(1)氏名 ( ) 続柄 ( ) 電話 ( ) 携帯電話( )																													
住 所	(2)氏名 ( ) 続柄 ( )																													
自宅電話番号	電話 ( ) 携帯電話( )																													
保険証番号	◎アレルギー(特異)体質について(有・無) ○アレルギー性の病気の経験がありますか。あれば病名及びアレルゲン(原因となるもの)等、具体的に記入してください。 また、食事制限されている方も記入してください。																													
◎これまでにかかった病気と予防接種	○薬物アレルギーの経験があれば記入してください。 (合わない薬)																													
<table border="0"> <tr> <td></td> <td>予防接種</td> <td>感 染</td> </tr> <tr> <td>麻 疹</td> <td>(済・未)</td> <td>(あり・なし)</td> </tr> <tr> <td>おたふく</td> <td>(済・未)</td> <td>(あり・なし)</td> </tr> <tr> <td>風 疹</td> <td>(済・未)</td> <td>(あり・なし)</td> </tr> <tr> <td>水 痘</td> <td>(済・未)</td> <td>(あり・なし)</td> </tr> <tr> <td>BCG</td> <td>(済・未)</td> <td>(あり・なし)</td> </tr> <tr> <td>ポリオ</td> <td>(済・未)</td> <td>(あり・なし)</td> </tr> <tr> <td>三種混合(百日咳・破傷風・ジフテリア)</td> <td>(済・未)</td> <td>(あり・なし)</td> </tr> <tr> <td>日本脳炎</td> <td>(済・未)</td> <td>(あり・なし)</td> </tr> </table>		予防接種	感 染	麻 疹	(済・未)	(あり・なし)	おたふく	(済・未)	(あり・なし)	風 疹	(済・未)	(あり・なし)	水 痘	(済・未)	(あり・なし)	BCG	(済・未)	(あり・なし)	ポリオ	(済・未)	(あり・なし)	三種混合(百日咳・破傷風・ジフテリア)	(済・未)	(あり・なし)	日本脳炎	(済・未)	(あり・なし)	◎過去の入院又は大きな病気(肝炎・心臓疾患など)		
	予防接種	感 染																												
麻 疹	(済・未)	(あり・なし)																												
おたふく	(済・未)	(あり・なし)																												
風 疹	(済・未)	(あり・なし)																												
水 痘	(済・未)	(あり・なし)																												
BCG	(済・未)	(あり・なし)																												
ポリオ	(済・未)	(あり・なし)																												
三種混合(百日咳・破傷風・ジフテリア)	(済・未)	(あり・なし)																												
日本脳炎	(済・未)	(あり・なし)																												
◎ひきつけについて(有・無)	◎過去の入院又は大きな病気(肝炎・心臓疾患など)																													
過去 回	◎過去の入院又は大きな病気(肝炎・心臓疾患など)																													
最近の発作 年 月	◎過去の入院又は大きな病気(肝炎・心臓疾患など)																													
診断名 ( )	◎過去の入院又は大きな病気(肝炎・心臓疾患など)																													
・けいれん止めの薬(座薬も含む。)	◎過去の入院又は大きな病気(肝炎・心臓疾患など)																													
・使用方法(熱や使用量など具体的に)	◎過去の入院又は大きな病気(肝炎・心臓疾患など)																													
◎平熱	℃	生活保護世帯・市民税非課税世帯・所得税非課税世帯 その他の世帯																												

上記により届出いたします。

年 月 日  
保護者氏名 印

橋本市長 様

様式第3号(第3条、第7条関係)

医師連絡票(病後児保育用)

この様式は、橋本市乳幼児健康支援一時預かり事業の受入れについての意見をお願いするものです。

問い合わせ先 橋本市東家一丁目1番1号  
橋本市健康福祉部 こども課(保育係)  
電話 33—6102(直通)

対象児童	氏名		診察日	年 月 日	
	住所	橋本市			
病名			症状		
回復期であるため、病後児保育室への入室は差し支えありません。					
連絡事項	(薬)				
	食前	粉	錠剤	水	
	食後	粉	錠剤	水	
	食間	粉	錠剤	水	
	(その他の薬)				
解熱剤	塗り薬	目薬	座薬		
(食事)					
普通食					
配慮が必要(内容)					
(その他)					

年 月 日

医療機関名

医師名

