

## 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 齡	歳 か月
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 ( ) *本人確認書類を提示してください。				
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"/> 昼食の提供を依頼する(別途費用がかかります。) 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 (医師の指示による)	<input type="checkbox"/> 依頼する <input type="checkbox"/> 依頼しない 診療情報提供書に記載されている薬(常備薬・処方薬)に限ります。

児童の状況(病状の経過、生活の様子、既往歴などについて、詳しく聞き取りをさせていただきます。)

症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
発症日	月 日 時ごろから	日常的に 使用している薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> テープ <input type="checkbox"/> 吸入)			
体温	平熱 $^{\circ}\text{C}$ 今朝 $^{\circ}\text{C}$ 昨夜 $^{\circ}\text{C}$	睡眠	昨夜 時 分から 時 分 <input type="checkbox"/> 眠れた <input type="checkbox"/> 眠れていない			
尿	今朝 <input type="checkbox"/> 有( 回) <input type="checkbox"/> 無	便	昨日 回、今朝 回( <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟 <input type="checkbox"/> 水様)			
食事	今朝食べた物( ) 食欲 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	水分 摂取	<input type="checkbox"/> 出来ている <input type="checkbox"/> 出来ていない			
気になること						

※ 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、紹介状なしで来院する初診患者さんにご負担いただく、初診時選定療養費7,700円がかかります。(救急搬送時等を除く)