

病児・病後児保育利用票

利用期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		
児童名	( 歳 カ月)	第○子	所 属
			保育園 こども園 小学校
保護者氏名 連絡先	氏 名 電話番号(緊急時連絡がつく番号) 住 所		
主な症状	発熱 ・ 咳 ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ 発疹 ・ 喘鳴 目ヤニ ・ 下痢 ・ 嘔吐 ・ けいれん (○で囲む)		
病名及び経過	病名 ( ) の回復期		
現在の子どもの 状態 (その他)	食 欲 : 睡眠状態 : 機 嫌 : 便 通 : そ の 他 :		
既応歴	熱性けいれん ( 歳 カ月) 麻しん ( 歳 カ月) 水ぼうそう ( 歳 カ月) 風しん ( 歳 カ月) おたふくかぜ ( 歳 カ月) 喘 息 ( 歳 カ月) 突発性発疹 ( 歳 カ月)		
看護できない 理由	勤務の都合 傷病、事故 冠婚葬祭 出産 その他 ( )		
利用料世帯区分 (該当する 場合に☑)	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯 <input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯(ひとり親世帯に限る) <input type="checkbox"/> ひとり親家庭医療費助成受給世帯または児童扶養手当受給世帯		

かかりつけ医からの連絡事項

平成 年 月 日

病名			
指示事項	内服薬 : あり・なし		隔離 : 要・不要
病院・医院名	㊞		