

病児・病後児保育利用票

令和 年 月 日

| | | | |
|---------------------------|---|-----|--------------------|
| 利用期間 | 令和 年 月 日 ~ 令和 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 | | |
| 今の子供の 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

令和 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 | | | |
| (印) | | | |

実施機関記入欄 該当事業にチェック 病児 病後児