様式第１号（第９条関係）

小野町病児保育事業利用申請書

　　年　　月　　日

（　事業者　）　様

　　　　　　　　　　　　　　　住 所　小野町大字　　　　　字

申請者

（保護者）氏 名

病児保育の利用について、医師連絡票を添付し申請します。また、利用に関し同意事項について同意します。

なお、病児保育利用中の医師連絡票に基づく投薬を依頼します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 | 男・女 | | 生年月日 | 年　 　月　 　日（ 　歳） | |
| 利用期間等 | 期間：　　　月　　　日（　　）～　　　月　　　日（　　）  時間（１日あたり）：　　　時　　　分～　　　時　　　分 | | | | |
| 迎えにくる方 | □母　□父　□祖母　□祖父　□その他（続柄　　　氏名　　　　） | | | | |
| 緊急時連絡先 | 氏名：　　　　　　　（続柄　　　）電話番号： | | | | |
| 氏名：　　　　　　　（続柄　　　）電話番号： | | | | |
| 今回の病気について（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  　いつから：　　　月　　　日頃から  　症　　状：□発熱　□下痢　□嘔吐　□せき　□喘鳴（ぜいぜい）  　　　　　　□発疹　□湿疹　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 食事について | | 服薬について | | | 便の様子 |
| 昨日から今日の食欲はどうですか  （□良い □ふつう □不良）  今日の食事  （□持参食　 □ミルク食）  ※ミルクの場合  朝のミルク時間　　　時　　分頃  　１回（　　 　）㏄  　１日（ 　　　）回 | | 持参した薬  □かかりつけ医処方の薬  □その他（　　　　　　　）  朝の服薬時間  　　　時　　　分頃  解熱剤を使用した時間  　　時　　　分頃 | | | □普通便　□硬便  □軟便　　□下痢  便の回数  　昨日　　回　今朝　　回 |
| 吐き気 |
| □ある　□ない  　嘔吐の回数  　昨日　　回　今朝　　回 |
| 同意事項 | １ 利用に際しては、実施施設の指示を遵守すること。  ２ 本申請書の写しを町に送付することに同意すること。  ３ 乳幼児の状態が悪化した場合には、保護者が速やかに引き取りにくること。なお、保護者と連絡が取れない場合は看護師の判断で病院等へ搬送する場合があること。  ４ 実施施設は、最新の注意を払って保育を実施するが、病児保育室で乳幼児同士の感染が起こった場合でも、町及び実施施設は責任を負わないこと。 | | | | |

（裏面につづく）

様式第１号（第８条関係）裏面

調　　査　　票

※おのまち認定こども園の入園者、同一年度内利用者は記入不要です。

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  児童氏名 | |  | | 男・女 | | 生年月日 | 年　　月　　日  （　　歳　　カ月） |
| 父　母　の  住所・氏名  ・勤務先  （連絡先） | | 住所 | 〒　　　－ | | | | |
| 父 | ふりがな  氏名  　　　　℡　 　　 －　 　　－ | | 勤務先  ℡　 　　 －　 　－ | | |
| 母 | ふりがな  氏名  　　　　℡　 　　 －　 　　－ | | 勤務先  ℡　 　　 －　 　－ | | |
| かかりつけ  医療機関名 | | 病院・医院　℡　　　　－　　　－  　　　　　　　　　　　　　　 担当医師名（　　　　　　　　　　　） | | | | | |
| 予 防 接 種 歴 | ・Ｂ Ｃ Ｇ：　□未接種　　□接種済  ・４種混合：　□未接種　　□１回目　　□２回目　　□３回目　　□追加  ・ヒ　　ブ：　□未接種　　□１回目　　□２回目　　□３回目　　□追加  ・小児用肺炎球菌：　□未接種　　□１回目　　□２回目　 □３回目　 □追加  ・麻しん・風しん：　□未接種　　□Ⅰ期　　□Ⅱ期  ・水ぼうそう：　□未接種　　□１回目　　□２回目  ・日本脳炎：　□未接種　　□１回目　　□２回目　　□追加  ・Ｂ型肝炎：　□未接種　　□１回目　　□２回目　　□３回目  ・ロタウイルス：　□未接種　　□１回目　　□２回目　　□３回目  ・おたふく：　□未接種　　□接種済  ・インフルエンザ：　□未接種　　□接種済  ・その他：（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |
| アレルギー歴 | □気管支喘息　　　　　　　□アトピー性皮膚炎  □アレルギー性鼻炎　　　　□じんましん  □食物アレルギー  （□卵白　□卵黄　□ミルク　□小麦　□大豆　□米　□そば）  □その他のアレルギー（　 　　 　　　　　　　　　　　　） | | | | | 〔家族歴〕    □アレルギー（　　　　　）  □結核  □その他  　（　　　　　　　　　　） | |
| これまでかかった主な感染症と病気  □突発性発疹症 　□はしか 　 □風しん 　□水ぼうそう　　□おたふく　　□百日咳  □けいれん（熱：有 ･ 無 ） 　□じんましん 　　□結核　　□喘息  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| お子さんについて心配なことがあれば具体的にお書きください。 | | | | | | | |
| 好きな遊び： | | | | | | | |