

病児保育登録申請書

(あて先) たんぽぽ保育園 (病児保育実施施設長)

年 月 日

申請者氏名

フリガナ 児童氏名	男 女	愛称	生年月日 (歳 年 月 日生 か月)
住 所		TEL	
保育所等名		TEL	
世帯 の 状 況	父・氏名	勤務先	TEL 課税・非課税
	母・氏名	勤務先	TEL 課税・非課税
	同居家族 (氏名 続柄 課税・非課税) (氏名 続柄 課税・非課税) (氏名 続柄 課税・非課税)		
健康保険証番号	記号	番号	保険者番号
緊急連絡先	TEL		
家庭医	病・医院名 医師名	TEL	
生 育 歴	妊娠中の異常 なし・あり ()		
	出生時体重 (g)		
既 往 歴	出産は (予定通り・ 日早かった・遅かった) (在胎 週)		
	出産時の異常 なし・あり ()		
	首のすわり (か月) おすわり (か月) 一人歩き (か月)		
	栄養法 (母乳・人工・混合)		
食 事	離乳食開始時期 (前期: か月) (中期: か月) (後期: か月)		
	(幼児食: 歳 か月)		
そ の 他	人見知り (か月) 母親の後追い (歳 か月)		
	話し始め (意味のある言葉) (歳 か月)		
食 事	突発性発疹 麻しん (はしか) 水痘 (水ぼうそう) 風しん 百日咳		
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 手足口病 ヘルパンギーナ 川崎病		
そ の 他	熱性けいれん 喘息 肺炎 結核 アトピー性皮膚炎 湿疹		
	その他 ()		
食 事	嫌いな食べ物 ()		
	アレルギー等で制限している食品: 全卵・卵黄・卵白・牛乳・ミルク・小麦類・ソノ類 その他 ()		
そ の 他	注意事項		

※該当者のみ記入 (減免を受ける場合は、毎年申請が必要です。2年目以降は申請日及び太枠内のみご記入ください。)

下記の理由により病児・病後児保育事業の 年 月から 年6月までの利用に係る利用料免除を申請します。(該当する項目に○をつけて、証明する書類を添付してください。)

- 1 生活保護受給世帯 (生活保護証明書を添付)
- 2 市町村民税非課税世帯 (市町村発行の非課税証明書を添付)

※ 予防接種の接種歴について裏面に記載願います。

予防接種履歴

BCG	未 ・ 済
ポリオ（生ワクチン）	未 ・ 1回 ・ 2回
ポリオ（単独・不活化ワクチン）	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
三種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
四種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
麻しん風しん混合	未 ・ 第1期 ・ 第2期
〔・麻しん単抗原〕	〔未 ・ 第1期 ・ 第2期〕
〔・風しん単抗原〕	〔未 ・ 第1期 ・ 第2期〕
日本脳炎	未 ・ 第1期 1回 2回 ・ 第1期追加
ヒブ	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
肺炎球菌	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
水痘	未 ・ 1回 ・ 2回
おたふくかぜ	未 ・ 済
B型肝炎	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回
ロタウイルス	未 ・ ① 1回 ・ 2回 ② 1回 ・ 2回 ・ 3回

病児保育利用申請書

(各欄にもれなく記入もしくは○でかこんで下さい)

年 月 日

(あて先) たんぽぽ保育園 (病児保育実施施設長)

フリガナ
申請者氏名
住 所
電 話

次のとおり、関係書類を添えて申請します。なお、許可を受けたときには期間中は実施施設の指示に従います。

フリガナ氏名	男 女	生 年 月 日	年 月 日 歳
保護者名		勤務先	Tel
緊急時の連絡先	①氏名 (対象児との続柄) 住所 Tel		
	②氏名 (対象児との続柄) 住所 Tel		
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日 () 日間		
病気の経過	<ul style="list-style-type: none"> ・病名 () ・いつから保育所を休んでいますか (年 月 日 から) ・薬は飲んでいますか 服薬 (あり なし) ・あてはまる症状に○をしてください <p style="text-align: center;">発熱 (°C) 発疹 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 けいれん 下痢 吐き気 食欲低下 頭痛 めやに その他 ()</p>		
家庭医	Tel		
既往歴	突発性発疹 麻しん (はしか) 水痘 (水ぼうそう) 風しん 百日咳 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 手足口病 ヘルパンギーナ 川崎病 熱性けいれん 喘息 肺炎 結核 アトピー性皮膚炎 湿疹 その他 ()		
栄養方法	授乳中 (母乳 ・ 人工 ・ 混合 1回 cc × 回) 離乳食 (ドロドロ ・ 舌でつぶせる ・ 歯ぐきでつぶせる ・ 歯でかめる 回) 普通食		
食事状況	①全面介助 ②一人で食べるがかなりこぼす ③一人で食べる (はし スプーン)		
行動	①寝ている ②首がすわっている ③寝返る ④座る ⑤はう ⑥立つ ⑦伝い歩き ⑧歩行自由		
排泄	①おむつ (排泄教える 教えない) ②時々おもらし ③自立		
注意事項	その他、特に注意する点があればお書きください。		

※申請の際は、母子健康手帳、健康保険証をご持参ください。
登録申請書に同じ項目がありますが、直近の状況を把握する必要がありますのでご記入ください。

(実施施設記入欄)	病児・病後児保育を	1 許可する	2 許可しない	
	所在地 施設名 施設長名			印

※ 予防接種の接種歴について裏面に記載願います。

予防接種履歴

BCG	未 ・ 済
ポリオ (生ワクチン)	未 ・ 1回 ・ 2回
ポリオ (単独・不活化ワクチン)	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
三種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
四種混合	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 第1期追加
麻しん風しん混合	未 ・ 第1期 ・ 第2期
(・ 麻しん単抗原)	(未 ・ 第1期 ・ 第2期)
(・ 風しん単抗原)	(未 ・ 第1期 ・ 第2期)
日本脳炎	未 ・ 第1期 1回 2回 ・ 第1期追加
ヒブ	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
肺炎球菌	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加
水痘	未 ・ 1回 ・ 2回
おたふくかぜ	未 ・ 済
B型肝炎	未 ・ 1回 ・ 2回 ・ 3回
ロタウイルス	未 ・ ① 1回 ・ 2回 ② 1回 ・ 2回 ・ 3回
インフルエンザ (今年度接種分について記載)	未 ・ 1回 ・ 2回

病児保育家庭医連絡票

年 月 日

(あて先) たんぽぽ保育園 (病児保育実施施設長)

医療機関の所在地及び名称
電話番号
担当医師氏名

印

下記の児童について、病児・病後児保育が適当であると認められますので連絡いたします。

氏 名	男・女	年 月 日生 () 歳
住 所	TEL	
病 名	1 急性上気道炎	10 麻疹
	2 気管支炎・肺炎	11 水痘
	3 喘息・喘息性気管支炎	12 風しん
	4 嘔吐下痢症	13 インフルエンザ
	5 感染性胃腸炎	14 溶連菌感染症
	6 周期性嘔吐症 (自家中毒症)	15 中耳炎
	7 突発性発疹症	16 膿痂疹
	8 手足口病	17 その他 ()
	9 流行性耳下腺炎	
	(病名不明のとき)	
18 発熱	19 下痢	20 嘔吐
21 咳嗽	22 喘鳴	23 発疹
病 状	1 急性期 (発熱等)	2 回復期 (下熱・微熱等)
安 静 度	1 ベッド上安静	2 隔離室で隔離
	3 室内安静 (ベッドでの生活が主, 他児との静かな遊びは可)	
	4 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)	
食 事 (昼 食)	ミルク・牛乳のみ・離乳食 (前期・中期・後期) ・幼児食	
	下痢食 アレルギー食 (除去内容)	
処方内容		
指 示 等	次回診察予定日 月 日 ()	

※実施施設使用欄	利用料区分	利用日数	日
----------	-------	------	---