

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)	
	(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)					
	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)						
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)						
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)						
既往 歴	突発性発疹 麻疹 (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 ()					
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・ソバ類 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。)

- 生活保護受給世帯 (生活保護証明書を添付)
- 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

B C G	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

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。また、緊急時等必要と認められる場合に、実施施設が申請書等に記載した内容を関係機関に対し情報提供を行うことに同意します。

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) Tel 住所 ②氏名 (対象児との続柄) Tel 住所		
利用期間	年 月 日 ~ 年 月 日 () 日間		
病気の経過	・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 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 ()		
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
 (各欄にもれなく記入もしくは○でかこんで下さい)

たんぽぽ保育園 (病児・病後児保育実施施設長)
 年 月 日

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	1 0 麻しん		
	2 気管支炎・肺炎	1 1 水痘		
	3 喘息・喘息性気管支炎	1 2 風しん		
	4 嘔吐下痢症	1 3 溶連菌感染症		
	5 感染性胃腸炎	1 4 中耳炎		
	6 周期性嘔吐症 (自家中毒症)	1 5 膿痂疹		
	7 突発性発疹症	1 6 その他 ()		
	8 手足口病			
	9 流行性耳下腺炎			
	〈病名不明のとき〉			
1 8 発熱	1 9 下痢	2 0 嘔吐		
2 1 咳嗽	2 2 喘鳴	2 3 発疹		
実施検査 内容・結果				
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 ()			

※医療機関の方へ 家庭医連絡票の記入は、医療保険上の「B009診療情報提供料(I)」で対応願います。
 ※保護者の方へ 1枚の家庭医連絡票につき同じ症状であれば、書類記入日から連続して7日間以内の範囲で利用ができます。それ以上利用したい場合や違う症状が出た場合には、再度連絡票の提出が必要です。

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