様式第１号

下野市病児保育事業利用登録書

記入日：　　年　　月　　日			※こども福祉課受付日：　　年　　月　　日				
児童氏名（ふりがな）			男女	生年月日	年　月　日（　歳　月）		
お子さんの愛称			保育所、幼稚園、認定こども園、学校名		電話		
保護者	氏名（ふりがな）		児童との続柄：				
			自宅電話				
	住所						
事前登録している兄弟姉妹がいる場合	氏名	（　歳　月）	男女	氏名	（　歳　月）	男女	
	氏名	（　歳　月）	男女	氏名	（　歳　月）	男女	

緊急連絡先	続柄	氏名	勤務先等名称	電話番号
				電話
				携帯
				電話
				携帯
				電話
				携帯

健康保険証	記号　　番号　　保険者番号		
かかりつけの病院名	病院名	電話	
	病院名	電話	

お子さんの状態についてお伺いします。（あてはまるものに〇をつけるか、ご記入ください。）

出産時の様子	在胎（　　）週（　　）g	分娩時の異常	ある・ない
乳児期の発育	首がすわる（　）月　お座り（　）月　一人歩き（　）月 人見知り（　）月　母親の後追い（　）月 発語（意味のある言葉）（　）歳（　）月 栄養法　　母乳　・　ミルク　・　混合 離乳食開始　前期（　）月　中期（　）月　後期（　）月		

予防接種		
	三種混合	受けていない　・　受けた （Ⅰ期：１回　２回　３回）　Ⅱ期
	四種混合	受けていない　・　受けた
	ツベルクリン反応	受けていない　・　受けた（判定）
	ポリオ	受けていない　・　受けた（１回　２回）
	ＢＣＧ	受けていない　・　受けた
	風疹	受けていない　・　受けた
	はしか	受けていない　・　受けた
	おたふくかぜ	受けていない　・　受けた
	水ぼうそう	受けていない　・　受けた
	水ぼうそう	受けていない　・　受けた
	その他	（　　）

<table>
<tr><td>これまでに
かかった
主な感染症</td><td colspan="4">１．突発性発疹　２．はしか　３．風疹　４．水ぼうそう
５．おたふくかぜ　６．手足口病　７．りんご病　８．百日咳
９．咽頭結膜熱　１０．結核　１１．ヘルパンギーナ
１２．肺炎（　　）型（キャリアでない　・　ある）
１３．その他（　　）</td></tr>
<tr><td rowspan="7">これまでに
かかった
主な病気など</td><td colspan="4">熱性けいれん：初回（　　）歳　以後（　　）回反復
最終（　　）年（　　）月</td></tr>
<tr><td>喘息
喘息様気管支炎</td><td colspan="3">内服薬を継続的に飲んで（いない・いる
：薬の名前　　）
自宅で吸入療法をして（いない・いる
：薬の名前　　）
（回数　　）</td></tr>
<tr><td>その他の病気
（具体的に）</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td rowspan="4">入院したことが
ありますか？</td><td rowspan="4">ある場合</td><td colspan="2">病名：　　（　）歳</td></tr>
<tr><td colspan="2">病名：　　（　）歳</td></tr>
<tr><td colspan="2">病名：　　（　）歳</td></tr>
<tr><td colspan="2">病名：　　（　）歳</td></tr>
<tr><td>常時内服
している
薬について</td><td colspan="4">喘息・アトピー性皮膚炎・けいれん等で、常時内服している薬がある場合、薬の内容や内服時間などについて具体的にご記入ください</td></tr>
<tr><td>アレルギー</td><td colspan="4">アレルギーのあるお子さんは、品目のアレルギー反応を起こしたときの状態について、具体的にご記入ください。

その品目について、食事制限をしていますか。
（いる・いない）</td></tr>
<tr><td>日頃の食欲</td><td>旺盛・普通・小食</td><td>食事</td><td colspan="2">一人で食べる・一人で食べるがかなりこぼす・介助が必要</td></tr>
<tr><td>偏食</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td>排泄</td><td colspan="4">すべておむつ・トイレトレーニング中・寝るときのみおむつ・自立している</td></tr>
<tr><td>その他</td><td colspan="4">お子さんの性格、体質（薬物アレルギー等）や癖など心配なことや配慮してほしいことがありましたら具体的にご記入ください。</td></tr>
<tr><td>備考</td><td colspan="4"></td></tr>
</table>

様式第２号

平成　　年　　月　　日

下野市長　様

申請者　　住所
（保護者）
氏名　　㊞
（児童との続柄：　　）

下野市病児保育事業利用申請書

下記の児童について、下野市病児保育事業を利用したいので、別紙主治医の病児保育事業連絡票を添付のうえ申請します。

児童	氏名（ふりがな）		年　月　日生 （　歳　ケ月）	男 女	子の愛称 平熱	 ℃
	住所					
	電話番号					
利用期間		年　月　日から　年　月　日まで（　日間）				
利用施設名				病名		
在籍園・学校名				電話番号		
緊急連絡先（勤務先・携帯番号）	名称			電話番号		
	名称			電話番号		
	名称			電話番号		
お子さんを家庭で看護できない理由	１．保護者の勤務　２．傷病　３．事故　４．出産 ５．冠婚葬祭　６．災害　７．出張　８．学校の行事 ９．その他社会的にやむを得ない事由（　　）					
お迎え予定時刻	時　分頃		お迎えに来る人	父・母・その他（　　）		
主治医名（かかりつけ医）						
	電話番号					
入室までの経過	（発熱の場合）昨日から今朝にかけて解熱剤を使用しましたか。 使用した・使用していない ・使用した場合：（　）時に 内服薬（薬の名前：　　/量　　） 座　薬（薬の名前：　　/量　　） その他					
投薬（処方箋に限る）	依頼する・依頼しない ※1回ずつに分けた上で名前を書き、処方内容や服用の間隔が確認できるもの（薬剤情報提供書や薬の袋など）を必ず一緒にお持ちください。					

【裏面もご記入ください。】

<table>
<tr><td colspan="2">お子さんの今回の病気について、あてはまるもの全てに〇をつけ、必要なところにご記入ください。</td></tr>
<tr><td>主な症状</td><td>発熱（　　℃）　　発疹　　せき　　のどの痛み　　喘鳴
鼻水　　腹痛　　下痢　　嘔吐　　頭痛　　痙攣　　食欲低下
目やに　　とびひ　　喘息発作
その他（　　）</td></tr>
<tr><td colspan="2">食事の状況（離乳の状況・食事制限・アレルギーのための除去食等）、体質やくせなど心配なこと、配慮してほしいこと（薬物アレルギー・既往症等）がありましたらご記入ください。</td></tr>
<tr><td>事前登録</td><td>登録してある・登録していない（※登録していない場合は、下記もご記入ください。）</td></tr>
<tr><td>既往症</td><td>麻疹（はしか）　水痘（水ぼうそう）　風疹（三日はしか）
百日咳　喘息　流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
肺炎（キャリアである・ない）　熱性けいれん
その他（　　）</td></tr>
<tr><td>予防接種</td><td>ＢＣＧ　ポリオ　麻疹（はしか）　日本脳炎
風疹（三日はしか）　水痘（水ぼうそう）　インフルエンザ
３種混合（百日咳、ジフテリア、破傷風混合）
４種混合（百日咳、ジフテリア、破傷風混合、ポリオ）
流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
その他（　　）</td></tr>
<tr><td>記入上の注意</td><td>１．利用期間は原則として７日間です。７日間を超える場合は、改めて申請してください。
２．利用の理由は該当するところに〇を付け、その他は明確、詳細にご記入ください。
３．緊急連絡先は、下野市役所及び施設が保護者と連絡が取れる電話番号をご記入ください。</td></tr>
</table>

様式第３号

下野市病児保育事業連絡票

（保護者記入欄）

児童氏名（ふりがな）		性別	男・女	生年月日	年　月　日 （　歳　　ケ月）
住所				電話番号	
病児保育利用希望期間	年　　月　　日から　　年　　月　　日まで				

（主治医記入欄）

該当する病名・症状の番号に〇をお願いします。	01 感冒・感冒性症候群 02 咽頭炎 03 扁桃腺炎 04 気管支炎 05 喘息・喘息性気管支炎 06 消化不良症 07 感冒性嘔吐症 08 自家中毒症 09 中耳炎・外耳炎 10 結膜炎（流角結を含む）	11 突発性発疹症 12 手足口病 13 りんご病（伝染性紅斑） 14 流行性耳下腺炎 15 麻疹 16 水痘 17 百日咳 18 風疹 19 インフルエンザ 20 その他（　　）	（病名不明の時） 21 発熱 22 下痢 23 嘔吐 24 咳痰 25 喘鳴 26 発疹

特に注意すべき事柄や指示がありましたら、記入をお願いいたします。
（食事・特異体質・薬の使用等）

安静度（〇印）	①ベット上で安静　②室内安静　③室内保育　④隔離を要する
食事に関する指示	①絶食　②特に制限なし　③その他（　　）
治療（処方内容）	
その他の留意事項	

年　　月　　日診断の結果、現時点での入院の必要性は認められませんので、病児保育事業の利用について、上記のとおり連絡いたします。

年　　月　　日

医療機関名

所在地

電話番号

医師名　　印