

平成 年 月 日

下野市長 様

申請者 住所  
(保護者)

氏名

印

(児童との続柄:

)

## 下野市病児保育事業利用申請書(病児対応型)

下記の児童について、下野市病児保育事業(病児対応型)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	ふりがな 氏 名	年 月 日生 ( 歳 ヶ月)	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. 保護者の勤務の場合    2. 傷病    3. 事故    4. 出産 5. 冠婚葬祭    6. 災害    7. 出張    8. 学校への公的行事 9. その他社会的にやむを得ない事由( )				
お迎え予定時刻	午前・午後 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回分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 (薬剤情報提供所や薬の袋など)を必ず一緒にお持ちください。				

【裏面もご記入ください。】

お子さんの今回の病気について、あてはまるもの全てに○をつけ、必要なところにご記入ください。	
主な症状	発熱( °C) 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( )
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。	
事前登録	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。
既往歴	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) 肝炎(キャリアである・ない) 熱性けいれん その他( )
予防接種	BCG ポリオ 麻疹(はしか) 日本脳炎 風疹(三日はしか) 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) 水痘(水ぼうそう) インフルエンザ 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) その他( )
記入上の注意	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○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。

※新小山市民病院病児保育室ひまわりに直接提出してください。