

病後児保育事業登録申請書及び既往歴等について

いかわこども園 園長 様

病後児保育事業を利用したいので、次のとおり登録の申請をします。

申請者 (保護者)	(フリガナ)		住所	〒 —			
	氏名						
	続柄		TEL	— —			
児童	(フリガナ)		生年月日		平成・令和 年 月 日		
	氏名		性別	男・女	年齢	歳	通園施設名

既往歴（今までにかかった病気の番号を「○」をつけてください）			
1 突発性発疹		初回	歳
2 麻疹（はしか）	11 熱性けいれん	最後は	歳
3 水痘（みずぼうそう）		これまでに	回
4 風疹（三日ばしか）	12 食物アレルギー	<div style="font-size: 4em; margin: 0 auto;">}</div>	
5 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）			
6 百日咳			
7 喘息・喘息様気管支炎 (毎日薬を飲んで いる・いない・発作時だけ) (毎日吸入療法をして いる・いない・発作時だけ)			
8 アトピー性皮膚炎 (治療薬は、内服薬・食事療法)	13 その他の既往歴		
9 川崎病（心臓合併症 あり・なし）			
10 B型肝炎（キャリアー ・キャリアーでない）			
11 手術経験（ ）			

予防接種の状況（これまでに受けたものに「○」をつけ、接種年月日を記入してください。）					
BCG		年 月 日	MRワクチン	1回目	年 月 日
四種混合	初回	年 月 日	(麻疹風疹混合)	2回目	年 月 日
	2回目	年 月 日		日本脳炎	1期(1)
	3回目	年 月 日	1期(2)		年 月 日
	追加	年 月 日	追加		年 月 日
小児肺炎球菌	初回	年 月 日	インフルエンザ菌 b型	初回	年 月 日
	2回目	年 月 日		2回目	年 月 日
	3回目	年 月 日		3回目	年 月 日
	追加	年 月 日		追加	年 月 日
水痘		年 月 日	B型肝炎	年 月 日	
おたふくかぜ		年 月 日	その他（ ）	年 月 日	

同 意 書

(利用登録書と一緒に提出してください。)

児 童	(フリガナ)		生年月日	平成・令和	年	月	日
	氏名		性別	男・女	年齢		歳

- 利用中は、保育園職員の指示を守ること。

- 児童の症状が急激に悪化する緊急時には、保護者の同意を得た上で、医療機関での受診、治療、処置が行われること。
また、保護者の連絡が取れない場合でも、これらが行われることがあること。
なお、その際発生する医療費等は、保護者が負担すること。

- 登録や利用申請において保育園が知り得た情報は、病後児保育事業の範囲において、病後児保育事業実施関係機関に提供されること。

いかわこども園 園長 様

私は、病後児保育事業の利用に当たり、上記項目に同意します。

令和 年 月 日

保護者氏名 _____

(必ず申請者本人が署名してください)

※上記項目に同意できる場合は、各項目の「□」に「✓ (チェック)」した上で、署名してください。

病後児保育事業利用申請書

(診断書と一緒に提出してください)

いかわこども園 園長 様

申請日 (利用日)	令和 年 月 日
住 所	
申請者氏名 (保護者)	

病後児保育事業を利用したいので、利用の申請をします。また、利用期間中は、実施施設の指示に従います。

児 童	(フリガナ)	生年月日	平成・令和 年 月 日		
	氏名	性別	男・女	年齢	歳
緊急連絡先 (勤務先・携帯電話)	① 連絡先	TEL	—	—	
	② 連絡先	TEL	—	—	
	③ 連絡先	TEL	—	—	

利用事由 (保護者の状況)	就労 ・ 出産 ・ 病気等 ・ 介護 ・ その他 ()			
お迎え予定時間	午前・午後 時 分頃	お迎えに来る人	父・母・その他 ()	

(※予定時間が過ぎる時は、連絡を入れてください)

除去食 (食物アレルギー) 具体的にお書きください	有 () ・ 無
------------------------------	-----------

お 薬 (処方薬に限る)	依頼する 依頼しない	用 法	食前・食後・他 ()
与薬の方法	スプーン・ストローでそのまま飲む 何かに混ぜて飲む		

※処方薬に関する情報提供書類をお持ちの方は添付してください。

体調で気になっていることがありましたらお書き下さい。	
----------------------------	--

病後児保育事業診療情報提供書

いかわこども園 園長 様

医療機関 所在地
 名称
 担当医師名 印
 電話番号
 FAX

病後児保育事業の利用に当たり、次のとおり診療情報を提供します。

患者氏名	性別	生年月日	平成・令和	年	月	日
	男・女					

病名	1 急性上気道炎	10 流行性耳下腺炎
	2 気管支炎・肺炎	11 麻疹
	3 喘息・喘息性気管支炎	12 水痘
	4 嘔吐下痢症	13 風疹
	5 感染性胃腸炎	14 インフルエンザ
	6 周期性嘔吐症（自家中毒症）	15 溶連菌感染症
	7 突発性発疹症	16 中耳炎
	8 手足口病	17 膿痂疹
	9 伝染性紅斑（りんご病）	18 その他： _____
	（病名不明のとき）19 発熱 20 下痢 21 嘔吐 22 咳嗽 23 喘鳴 24 発疹	
現在の投薬 処方	無・有 有の場合：内容、頻度等	
食事について	1 ミルク 2 牛乳のみ 3 離乳食（前期・中期・後期） 4 幼児食 5 下痢食 6 アレルギー食（除去内容： _____）	
保育上の 留意点	1 ベッド上の安静 2 隔離室で隔離 3 室内安静（他児との静かな遊び可） 4 室内保育（他児との普通の遊び可）	
その他の 留意事項	病後児保育が必要な期間： _____ 日（集団保育が困難な時期）	

※主治医の先生へお願い

この用紙は、病気回復期のお子様が病後児保育事業を利用するために必要なものです。診療のうえ、当事業を利用することに支障がないと認められる場合には上記の項目にご記入いただき、児童の保護者へお渡しくさるようお願いします。

病後児保育事業の保育体制についてご不明な点がございましたら、下記までお問い合わせ下さい。

《問い合わせ先》 社会福祉法人猪川愛児会 いかわこども園 電話番号 26-3212