

様式第1号（第3条関係）

（表面）

病後児保育利用登録申請書

平成 年 月 日

北斗市長 様

（申請者）

住 所 北斗市

氏 名

㊟

次のとおり、北斗市病後児保育の利用に当たり事前の登録について申請します。

ふりがな 児 童 氏 名	生年月日 平成 年 月 日 (満 歳 か月)	性別 男 女	申請者との続柄	現在通う小学校・保育所等の名称	
通院病院	病 院 名		病 院 名		
既往症	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう） <input type="checkbox"/> 風疹（三日ばしか） <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱（プール熱） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑（りんご病） <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 異型肺炎（マイコプラズマ肺炎） <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 心臓病（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）				
出産時 の 状 況	<input type="checkbox"/> 正 常 ・ <input type="checkbox"/> 異 常（ ）				
アレルギー 体質の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合アレルギーの種類を詳細にお書きください 1 食べ物（ ） 2 薬（ ） 3 その他（ ）				
予防接種 (これまでに受けたものすべて)	<input type="checkbox"/> BCG（結核） <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 風疹（三日ばしか） <input type="checkbox"/> 三種混合（百日咳・ジフテリア・破傷風） <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他（ ）				
児童に対する 留 意 点					
児童 以 外 の 世 帯 員 の 状 況	氏 名	続柄	住 所	連絡先電話	勤務先名称／住所／電話

(裏面)

## 同 意 書

私は、病後児保育の利用を申請するに当たり、次の点について同意いたします。

1 病後児保育を開設する日及び開設時間は、次に掲げるとおりとする。

(1) 開設する日 月曜日から土曜日まで

(2) 開設時間 午前8時から午後5時30分まで

(3) 利用時間 午前8時から午後6時まで

病後児保育の利用は上記に掲げる日及び時間内に限られるものとし、保護者は、その時間内に対象児童を迎えに来ること。

2 保育中に児童の病状が急激に悪化したとき等の緊急時には、実施施設は保護者へ連絡をし、必要に応じて救急搬送等の対応をすることがあること。又は保護者に連絡がとれない場合でも、これらを行うことがあること。したがって、病状が急変したときの対応について、あらかじめ了承すること。

3 保育中に病状の再発等の理由により、病後児保育の継続が困難と判断されたときは、利用の途中であっても自宅療養させるため児童を迎えに来ること。

平成 年 月 日

住 所 北斗市

\_\_\_\_\_

保護者氏名

⑩

児 童 名

\_\_\_\_\_

病 後 児 保 育 利 用 申 請 書

平成 年 月 日

北斗市長 様

(申請者)  
住 所 北斗市  
氏 名

印

次のとおり、北斗市病後児保育の利用を申請します。

ふりがな 児 童 氏 名	生年月日		性別	申請者との続柄	現在通う小学校・保育所等の名称
	平成 年 月 日 (満 歳 か月)		男 女		
利用希望 期 間	申請時	年 月 日 ~ 年 月 日 ( ) 日間			
	変更時	年 月 日 ~ 年 月 日 ( ) 日間			
家庭で保育が 困難な理由	就労 傷病 事故 出産 冠婚葬祭 その他 ( )				
通院中の病院	病院名		病院名		
主な症状等	1 病名 ( )		5 病状 (あてはまるものすべてに○) 発熱・発疹・咳・鼻水・腹痛 喉の痛み・けいれん・下痢・吐き気 食欲低下・頭痛・目やに その他 ( )		
児童に対する 留 意 点	2 医療機関 (受診済・未受診)				
	3 投薬を受けて ( いる・いない )		4 常備薬を飲んで ( いる・いない )		
食事の状況	1 授乳時間・回数 ( )		既往歴		
	2 離乳状況・回数 (後期)		1 熱性けいれん 初回 歳 ヶ月 最後 歳 ヶ月		
2 アトピー等による食事制限 ( )	3 その他 ( )		2 喘 息 投薬 ( 毎日ある・発作時のみ・ない ) 吸入 ( 毎日ある・発作時のみ・ない ) 3 その他の病気 ( )		
	【迎えに来る人】	続柄	迎えに来る時刻	連絡先電話	勤務先名称/電話
【上記以外の緊急時連絡先・電話】 ※必ず連絡のつく方					
①					( )
②					( )

病後児保育状況連絡票（診療情報提供書）

北斗市長 様  
（病後児保育実施施設 御中）

北斗市病後児保育の利用にあたり、児童の状況について次のとおり情報提供します。

児 童 氏 名		性 別	男・女	生年月日	平成	年	月	日
---------	--	-----	-----	------	----	---	---	---

病名・症状  □にレをつけてください	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群 <input type="checkbox"/> 咽頭炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息性気管支炎 <input type="checkbox"/> 消化不良症 <input type="checkbox"/> 感冒性嘔吐症 <input type="checkbox"/> 自家中毒症 <input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎（はやり目を含む）	<input type="checkbox"/> 伝染性膿か疹（とびひ） <input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑（リンゴ病） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> その他（ ）	「病名不明のとき」 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳そう <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹
	□にレをつけてください		
安 定 度  □にレをつけてください	<input type="checkbox"/> ベット上安静 <input type="checkbox"/> 観察室 <input type="checkbox"/> 室内安静（ベットの生活が主、他児との静かな遊びは可） <input type="checkbox"/> 室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい。）		
食 事（昼食）	<input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食（後期） <input type="checkbox"/> 普通食		
	<input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> アレルギー食（除去内容 ）		
現 在 の 投 薬 処 方			
医師の所見 及び 指示事項	病状は（回復期・安定期）であるため、 平成 年 月 日より、病後児保育の利用が（可能・不可能）と判断します。 ・特記事項		

上記のとおり情報提供します。

（受診日）平成 年 月 日

所 在 地

医療機関名

医 師 名

電話番号

印

※北斗市宛に情報提供した場合に診療情報提供料（I）を算定することができる（250点）

患者1人につき月1回に限り算定する。

※問合せ先：北斗市民生部子ども・子育て支援課子育て支援係 電話：0138-73-3111