

西宮市病児保育事業 利用申込書

保護者記入

年 月 日

西宮市長様

次のとおり、病児保育事業の利用を申し込みます。利用に当たっては、次のことに同意します。

- ①施設の指示を守ること。
- ②利用の必要がなくなった場合は、速やかに施設へ連絡をすること。
- ③利用料を減免する場合は、その算定に関し調査を受けること。
- ④利用児童の容態が急変した場合等の緊急時には、保護者の同意を得て医療機関での受診、治療、処置を行うこと。また、保護者に連絡が取れない場合でもこれを行うことがあること。

申請者（保護者） 住所 _____
 氏名 _____
 電話 () - _____

利用児童	ふりがな 氏名 (男・女)	年 月 日 生
利用理由	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 病気 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ()	
利用申込施設	<input type="checkbox"/> つばみの子保育園 病児保育ルーム <input type="checkbox"/> 西宮回生病院 病児保育室 <input type="checkbox"/> あんどうこどもクリニック 病児保育室 <input type="checkbox"/> ニコニコ桜今津灯保育園 病児保育ルーム <input type="checkbox"/> 高須の森 病児保育ルーム	
利用日	月 日 ~ 月 日	
	(変更後) 月 日 ~ 月 日	
緊急時の 連絡先	優先①氏名: (続柄:)	電話: - -
	優先②氏名: (続柄:)	電話: - -
児 童 の 状 況	病名	
	症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> めやに <input type="checkbox"/> その他 ()
	保育上の 注意事項	<input type="checkbox"/> 与薬あり →「与薬依頼票(裏面)」が必要です。 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 食物アレルギー () <input type="checkbox"/> その他 ()
連絡事項	<input type="checkbox"/> 減免あり ※生活保護世帯を証明するものを提示してください。	

西宮市病児保育事業 登録申請書

年 月 日

西宮市長様

次のとおり、病児保育事業の利用登録を申請します。また、市が実施施設から利用状況（利用年月日、病名）の報告を受ける場合及び利用料を減免する場合は、その算定に関し、申請内容を調査することに同意します。

申請者(保護者) 住所 _____

氏名 _____ ⑩

電話 () - _____

登録児童	ふりがな 氏名 (男・女)
生年月日	年 月 日 (年齢: 歳 ヶ月)
在籍する 保育所、幼稚園、 小学校等	施設・園・学校名
かかりつけの 医療機関	医療機関名: てらしまこどもクリニック 担当医: 電 話: 0798 - 66 - 2299
利用料減免	<input type="checkbox"/> 減免あり (生活保護世帯の場合)
緊急時の 連絡先	優先①氏名: (続柄:) 電話: - -
	優先②氏名: (続柄:) 電話: - -
今までに かかった病気	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水疱瘡 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> ぜんそく <input type="checkbox"/> その他大きな病気やけが (病名: いつ頃:)
予防接種	<input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> 三種混合 (回) <input type="checkbox"/> 四種混合 (回) <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 麻疹・風疹混合 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 水疱瘡 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> その他 ()
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () ※食事制限 ()
その他	預かる際に注意すべきことなど

保護者記入

医療機関記入

診療情報提供書 兼 医師連絡票

年 月 日

病児保育事業実施施設 御中

西宮市病児保育事業の利用について、次のとおり連絡します。

(保護者記入欄)

児童氏名	(男・女)		年	月	日	生
保護者情報	住所					
	氏名		連絡先			

(医療機関記入欄)

病名等	<input type="checkbox"/> 咽頭炎・扁桃腺炎	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> 気管支炎			
	<input type="checkbox"/> 手足口病	<input type="checkbox"/> 肺炎	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ			
	<input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎	<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑	<input type="checkbox"/> 乳幼児下痢嘔吐症			
	<input type="checkbox"/> 麻疹	<input type="checkbox"/> 感染性下痢症	<input type="checkbox"/> 水痘			
	<input type="checkbox"/> インフルエンザ様疾患	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 中耳炎			
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎	<input type="checkbox"/> 結膜炎	<input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱			
	<input type="checkbox"/> 骨折	<input type="checkbox"/> 膿痂疹	<input type="checkbox"/> 火傷			
	<input type="checkbox"/> 自家中毒症	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒様症候群				
	<input type="checkbox"/> その他 ()					
病名不明の時	<input type="checkbox"/> 発熱	<input type="checkbox"/> 下痢	<input type="checkbox"/> 嘔吐	<input type="checkbox"/> 咳嗽	<input type="checkbox"/> 喘鳴	<input type="checkbox"/> 発疹
	<input type="checkbox"/> その他 ()					
安静度	<input type="checkbox"/> 別室保育 (他児への感染を防ぐため隔離して保育)					
	<input type="checkbox"/> 室内安静 (主にベッドの上で安静。寝かせておくこと)					
	<input type="checkbox"/> 室内保育 (室内で普通に遊んでよい)					
薬剤の処方	<input type="checkbox"/> なし					
	<input type="checkbox"/> あり (薬剤名)					
	(与薬の方法 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 [])					
配慮を要する事項						
医療機関名 <u>てらしまこどもクリニック</u>						
所在地 <u>西宮市北口町1-2</u> <u>アクタ西宮東館4階</u> TEL <u>0798-66-2299</u>						
担当医氏名 _____ (印)						

与薬依頼票

保護者記入

【注意事項】

- ・医療機関で、「診療情報提供書兼医師連絡票」に処方内容・投薬方法を記入してもらってください。
- ・処方の変更や追加のある場合は、同じく医師の証明が必要になります。(メモで可)
- ・薬剤情報提供書がある場合には、この与薬依頼票と一緒に持ちください。
- ・薬には一回分ずつ記名し、この与薬依頼票と一緒に施設職員に手渡してください。

年 月 日 記入

依頼者	保護者氏名	
	児童氏名	
処方した医療機関名	てらしまこどもクリニック 連絡先 (0798 - 66 - 2299)	

薬の種別 (薬の名前)	内容	与薬の方法 (用法・用量)	処方日
内服薬① ()	<input type="checkbox"/> 風邪薬 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> その他 ()	時間帯: <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 () 用 量: (包 / 個 / 1回分)	/
内服薬② ()	<input type="checkbox"/> 風邪薬 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> その他 ()	時間帯: <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 () 用 量: (包 / 個 / 1回分)	/
内服薬③ ()	<input type="checkbox"/> 風邪薬 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> その他 ()	時間帯: <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> その他 () 用 量: (包 / 個 / 1回分)	/
塗り薬 ()	<input type="checkbox"/> 風邪薬 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> その他 ()	回 数: () 回 <input type="checkbox"/> その他 () 患 部: ()	/
目 薬 ()	<input type="checkbox"/> 風邪薬 <input type="checkbox"/> 咳止め <input type="checkbox"/> 抗生物質 <input type="checkbox"/> 下痢止め <input type="checkbox"/> その他 ()	回 数: () 回 <input type="checkbox"/> その他 () 患 部: ()	/
その他の薬 ()			/
注意事項			

(実施施設 記入欄)

受領者	受け取り日時・連絡事項等	与薬者	与薬日時