

篠山市病児保育事業利用申込書

篠山市教育委員会 様

申込者 (保護者)	住所	
	氏名	⑩
	連絡先	

病児保育事業を利用したいので、以下のとおり申し込みます。

なお、事業利用にかかる負担額算定に必要な資料を閲覧することに同意します。

対象児童	フリガナ		性別	男 ・ 女
	氏名		生年月日	平成 年 月 日
			年齢	歳 か月
利用理由 (保護者の状況)	<input type="checkbox"/> 勤務 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ()			
病 名				
利用希望日	月 日	月 日	月 日	
	月 日	月 日	月 日	
緊急連絡先	①	氏名	児童との続柄	
		連絡先	TEL (自宅・携帯電話・勤務先)	
	②	氏名	児童との続柄	
		連絡先	TEL (自宅・携帯電話・勤務先)	
お迎えに来る方について	氏名 () 続柄 () お迎えの予定時刻 (時 分ごろ) ※変更になる場合は必ずご連絡下さい。			
生活保護の受給	無 ・ 有			
保育上、注意が必要なことがあれば記入して下さい。				

篠山市病児保育事業医師連絡票

篠山市教育委員会 様

<医療機関>

所在地	
名称	
電話番号	
担当医師氏名	⑩

病児保育事業の利用について、次のとおり連絡いたします。

なお、本児童は、病気の回復期にはいたっていないが、当面病状の急変は認められない状態、または、病気の回復期であるが集団保育が困難な状態であることを認めます。

ふりがな				男・女	生年月日	平成 年 月 日生
児童氏名						
住所						
病名	<input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 感染症胃腸炎 <input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 細菌性腸炎	<input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎（流角結を含まない） <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> A型 <input type="checkbox"/> B型 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> RS <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモ <input type="checkbox"/> マイコプラズマ <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> その他 （ ） <input type="checkbox"/> 発達障害の疑い			
熱性けいれんの既往歴	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
治療経過等	発症年月日 年 月 日 初診年月日 年 月 日 <input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 入院（退院日 年 月 日）					
現在の投薬処方	処方	薬剤名	用量	用法		
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
保育上の留意点	隔離の必要性（有・無・病児保育で決定） 安静度（ベッド上安静・室内安静・他児と遊んで可） 周囲で流行している感染症があれば記入（ ）					
食事（昼食・おやつ）	<input type="checkbox"/> ミルクのみ <input type="checkbox"/> 普通に食事可 <input type="checkbox"/> 軟らかい食事 <input type="checkbox"/> 絶食（水分のみ） <input type="checkbox"/> その他					
配慮を要する事項						

※篠山市教育委員会あて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）
 患者一人につき月1回に限り算定する。

同意書

私は、篠山市病児保育室を利用するにあたり、次の内容について同意します。

- 1 利用の際は、かかりつけ医を受診し、病児保育室に「篠山市病児保育事業利用申込書」及び「篠山市病児保育事業医師連絡票」を提出すること。
また、かかりつけ医を受診後、利用当日の児童の症状の悪化により、利用できない場合があること。
- 2 病児保育室が必要と認めるときは、病児保育室が指定する医師の診察又は診断を受けなければならないこと。この場合において、当該診察又は診断に要する費用は、保護者が負担すること。
- 3 児童の症状が急変し、保育の継続が困難と判断された場合は、利用が取り消されること。
また、病児保育室からの連絡により、利用途中であっても迎えに来ること。
- 4 児童の症状が急激に悪化した緊急時には、保護者に連絡がつかない場合であっても、医療機関に搬送を行い、受診・治療措置が行われる場合があること。
なお、その際発生する医療費等は、保護者が負担すること。
- 5 児童の保育にあたっては、細心の注意を払い感染防止の徹底に努めるが、やむを得ず施設内で児童の相互感染が起こった場合、病児保育室は責任を負わないこと。
- 6 病児保育室から指示された預かり時間を厳守すること。
- 7 登録及び利用申請において、篠山市教育委員会が知り得た情報は、病児保育事業の範囲内において、病児保育室に提供されること。
また、必要に応じて医療機関に提供される場合があること。
- 8 感染の恐れ等により、病児保育室を利用できないことが発生した場合には、病児保育室の指示に従うこと。
- 9 MR、水痘などのワクチン未接種の場合は、病児保育室を利用できない場合があること。

篠山市教育委員会 様

平成 年 月 日

住 所 _____

保護者氏名 _____ (印)

児童氏名 _____

与薬依頼書

病児保育事業の利用にあたり、下記の薬の与薬を依頼します。

保護者氏名

印

1. 処方日 平成 年 月 日

2. 医療機関名

①

3. 薬名（種類） ②

③

※使用方法や使用頻度も記入して下さい