

藤枝市病児保育事業利用申込書

申込日 年 月 日

病児保育実施機関

_____ 宛

申込者（保護者）

住 所	
氏 名	
電 話 番 号	
緊急連絡先 1	続柄：
緊急連絡先 2	続柄：
緊急連絡先 3	続柄：

- 1 次のとおり、藤枝市病児保育事業を利用したいので、主治医の連絡書を添付して申し込みます。
- 2 病児保育事業の利用期間中は、病児保育事業実施機関の指示に従います。
- 3 児童の状態が変化して病児保育事業での対応が困難になり、病児保育実施機関が利用を不相当と認めた時は、病児保育事業の利用の中止に同意します。

児 童 氏 名	性 別	生 年 月 日
ふ り が な		年 月 日生 (歳 か月)
(1) 通園施設等 ① 保育所等に通園している。⇒ (施設名) _____ ② 通園していない。		
(2) かかりつけの医師 ① 医療機関名 _____ ② 電話番号 _____		
(3) 利用期間 年 月 日 ~ 年 月 日 (日間)		
(4) 今回の病気について ① 病 名 _____ ② 現在の症状 (当てはまるものに○を付けてください。) ・発熱 ・発疹 ・咳 ・鼻水 ・のどの痛み ・腹痛 ・下痢 ・吐き気 ・食欲低下 ・頭痛 ・目やに ・その他 ()		
(5) 処方箋を受けていますか。⇒ ・なし ・あり		
(6) 市販薬を飲んでいますか。⇒ ・なし ・あり		
(7) 通園施設で流行っている病気等がありますか。⇒ ・なし ・あり ()		
(8) 次のことに当てはまる場合は該当箇所に○、又は適当と思われる言葉を記入してください。 ① 今までにかかった病気 (病名:) ② アレルギーの有無について (有 ・無) 食物アレルギー () ③ ぜんそく ④ ひきつけ・てんかん ⑤ その他 ()		
(9) その他に施設に伝えたいこと		

藤枝市病児保育事業連絡票

年 月 日

病児保育実施機関

_____ 宛

医療機関 所在地

名称

担当医師名

電話番号

印

藤枝市病児保育事業の利用に関し、次のとおり連絡します。

児 童 氏 名	性別	生 年 月 日		
ふりがな		年 月 日生		
病 名				
現在の 与薬処方	処 方 内 容	薬品名	容量	用法
	※別紙処方箋参照			
保育上の 留意点	1. ベッド上安静 2. 室内安静（ベッド上での生活が主、他児との静かな遊びは可。） 3. 室内保育（他児と室内で普通に遊んで良い。）			
その他の 留意点	（他の児童との接触の可否等、施設側において留意すべきことがあれば記入してください。）			

※この連絡票の有効期限は、原則として1週間です。

※次の感染症の場合は、病児保育事業は利用できません。

麻疹（はしか）、風疹、水痘（みずぼうそう）、流行性角結膜炎（はやり目）

腸管出血性大腸菌感染症（O-157、O-26、O-111 等）、

ウイルス性胃腸炎、感染性胃腸炎（ノロ、ロタ、アデノウイルス等）

医師が利用不可と判断した感染症