

葛飾区病児保育利用申請書

平成 年 月 日

施設長 あて

申込者(保護者) 氏 名

住 所

電 話

葛飾区病児保育の利用を次のとおり申し込みます。

利用児童名	性別	児童登録番号	年 齡
ふりがな	男・女		歳児クラス
児童生年月日	平成 年 月 日		
現在通所している施設	電話		
かかりつけ医療機関	電話		
利用希望日時	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 午前 時 分 ~ 午後 時 分		

葛飾区病児・病後児保育診療情報提供書

葛飾区長 あて

平成 年 月 日

医療機関
所在地
電話番号
F A X
医師名

印

葛飾区病児・病後児保育の利用を申請するにあたり、次のとおり診療情報を提供します。

(保護者記入欄)

ふりがな 児童氏名		性別	男 ・ 女
生年月日	平成 年 月 日生 (満 歳)		
住 所	葛飾区		
保護者氏名		電話番号	

(医療機関記入欄)

病 名	1 急性上気道炎 2 気管支炎・肺炎 3 喘息・喘息様気管支炎 4 嘔吐下痢症 5 感染性胃腸炎 6 周期性嘔吐症(自家中毒) 7 その他 ()
主な症状	1 発熱 2 下痢 3 嘔吐 4 咳嗽 5 喘鳴 6 発疹 7 その他 ()
現在の状態	1 治療中 2 回復期
診療形態	1 外来 2 往診 3 入院 (平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日)
症状の経過 治療状況等	
既往歴・家族歴	
安 静 度	1 室内保育 2 室内安静 3 隔離を要する 4 その他 ()
食事に関する特別な指示	なし ・ あり ()
現在の投薬処方	投薬品名 用法 用量: 与薬方法: 食前 ・ 食間 ・ 食後 ・ 指定時間 (時間毎) 解熱剤使用: なし ・ あり (日 時)
アレルギー	なし ・ あり ()
その他注意事項	

保育実施園から 医師への連絡事項	<input type="checkbox"/> 病児 <input type="checkbox"/> 病後児 () 保育園
---------------------	--

注1 対象児童の居住する区市町村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。

注2 区市町村が正本を保管し、病児・病後児保育施設は写しを保管すること

平成27年4月1日改定

保護者からの病状連絡票

病児保育室を利用する際に記入して
ご持参ください。

登録番号

-

平成 年 月 日記

お子さんの名前		男・女	年齢	歳 ヶ月
保護者名		電話	()	
利用希望日	平成 年 月 日	現在の体重: . Kg		
主な症状(○印をつけてください) 発熱・下痢・嘔吐・喘鳴・発疹・湿疹 その他(具体的にお書きください)				
病児保育室の利用は (はじめて ・ 回目)				
いつ頃からこの症状が始まりましたか。経過をお書きください				
昨日から今朝の症状についてお書きください。 昨日から今朝にかけて解熱剤を使用しましたか (使用した. 使用していない)				
この病気について医師にかかっている場合は、わかる範囲でお答えください。 ◇お薬をもらっている場合 いつから内服していますか (日前から内服) 薬の内容は 抗生剤・かぜ薬・解熱剤・下痢止め・吐き気止め その他(具体的に .)				
◇病名がわかっている場合は○印 感冒・感冒様症候群・咽頭炎・扁桃炎・気管支炎・喘息・喘息様気管支炎 消化不良症・感冒性嘔吐症・自家中毒症・中耳炎・外耳炎・結膜炎・とびひ 突発性発疹・手足口症・りんご病(伝染性紅斑)・おたふくかぜ・はしか 水ぼうそう・百日咳・風疹 その他(具体的に				
お子さんについて特に知らせておきたいこと。必ずお書きください。				
病後児登録はしていますか (はい . いいえ)				

予薬依頼書

持参の薬の投与をお願いいたします

年月日 平成_____年_____月_____日 (____)

お子さまの氏名 _____

記入者の氏名 _____

◇ 保育室で飲ませて欲しい薬 ⇒ ○

◇ 当日に既に飲ませた薬 ⇒ 済

薬の種別	薬の名前	朝	昼	夕
粉薬 ①				
粉薬 ②				
粉薬 ③				
錠剤・カプセル				
水薬				
座薬				