

三田市病児・病後児保育事業・利用登録票

令和 年 月 日記入

記入者名 _____

| | | | | | | | |
|------------------------------------|--|--------------|--|-----------|-------------------------------|----------|-------------|
| ふりがな | | 男・女 | 愛称 | | 生年月日 | 平成 令和 | 年 月 日 (歳) |
| 児童氏名 | | | | | | | |
| 住所 | 〒 _____ | | | | | | TEL _____ |
| 家庭医 | TEL _____ | | | 通園施設等名 | | | |
| 家族状況 | 父・氏名 | | 勤務先名 | TEL _____ | | | |
| | 母・氏名 | | 勤務先名 | TEL _____ | | | |
| | 兄弟姉妹 | 歳 (男・女) | | 歳 (男・女) | | 歳 (男・女) | |
| 緊急時の連絡先 | 氏名 | TEL _____ | | 対象児との続柄 | | | |
| 出生時の状況 | 出生時体重 | g | <input type="checkbox"/> 異常あり | | <input type="checkbox"/> 異常なし | | |
| 既往歴 | <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) | | <input type="checkbox"/> 熱性けいれん 回 (最終 年 月 日) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) | | <input type="checkbox"/> 喘息 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 風疹 (三日ばしか) | | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) | | <input type="checkbox"/> アレルギー (_____) | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 突発性発疹 | | <input type="checkbox"/> 結核 | | | | |
| 予防接種 | <input type="checkbox"/> BCG | | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> MR (麻疹・風疹) | | 1期 ・ 2期 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> ポリオ (口生ワク・口不活化) | | 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 3種混合 | | 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 4種混合 | | 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> Hib (ヒブ) | | 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 | | 1回 ・ 2回 ・ 3回 ・ 追加 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 日本脳炎 | | 1期1回 ・ 2回 ・ 追加 ・ 2期 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 水痘 | | 1回 ・ 2回 | | | | |
| | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 | | 1回 ・ 2回 | | | | |
| <input type="checkbox"/> B型肝炎 (HB) | | 1回 ・ 2回 ・ 3回 | | | | | |
| <input type="checkbox"/> ロタウイルス | | 1回 ・ 2回 ・ 3回 | | | | | |
| 入院について | 入院の経験がある場合は、入院時の年齢と病名を記入して下さい 歳 月 病名 歳 月 病名 | | | | | | |
| 常時服用している薬 | ある場合、具体的に記入してください。 | | | | | | |
| 食事について | アレルギー等で制限している食品があれば、具体的に記入してください。 | | | | | | |
| その他 | 配慮してほしいこと等があれば、具体的に記入してください。(生まれつきの病気・手術歴・既往歴・気になる発達の状況など) | | | | | | |

市提出用

| | | | |
|----|--|----|---|
| 課長 | | 係長 | 係 |
| | | | |

三田市病児・病後児保育事業利用申請書

三田市長 あて

三田市病児・病後児保育事業の利用を次のとおり申請します。

また、この申請書を実施施設で使用する事並びに市が実施施設より利用状況等の報告を受けることに同意します。なお、利用料の減免に関し、三田市が保有する保護者及び同一世帯に属する家族の税務資料等、個人に属する情報の閲覧について承諾します。

| | | | | | | |
|----------------|----------|-----------------|--------------|----------------|-----|---|
| 利用日 | 令和 年 月 日 | 継続利用 (日目) | 保護者の 利用理由 | 就労・疾病・ 他() | 利用料 | 2,000円・1,000円・0円 <input type="checkbox"/> 減免申請します。 |
| 申請者名 (保護者名) | 印 | 住所 | 〒669- 三田市 | | | |
| | | 連絡先 | - - | | | |
| ふりがな | | 生年月日 | 年齢 | お子さんの愛称 | | |
| 児童氏名 | 男・女 | 平成・令和 年 月 日生 | 歳 ヶ月 | | | |

※引き続き2日目以降に利用される場合は、以下の記入を省略できます。

| | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|--|
| 保護者の 連絡先 | 氏名 | 児童との続柄 | 連絡先 (該当する箇所に○を付けてください。) | | | |
| | | | () - | 携帯電話・勤務先・その他() | | |
| | | | () - | 携帯電話・勤務先・その他() | | |
| | | | () - | 携帯電話・勤務先・その他() | | |
| | | | () - | 携帯電話・勤務先・その他() | | |
| 保育所・ 学校名等 | | | 主治医 | | | |
| 予防接種 等の状況 | BCG <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 | ヒブ(回) <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 | 小児用肺炎球菌 (回) <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 | B型肝炎(回) <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 | 四種混合(回) <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 | |
| | 麻しん・風しん(期) <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 | | 日本脳炎(回) <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 | 水ぼうそう 罹患 (済・未) | おたふくかぜ 罹患 (済・未) | |
| アレルギー | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (食物⇒除去食の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容)) (その他) | | | | | |
| その他 | (お子さんをお預かりするうえで、気になることや留意することがあればお書きください。) | | | | | |

三田市病児・病後児保育事業利用医師連絡票

病児・病後児保育事業実施施設 御中

下記の児童について、病児・病後児保育の対象として差し支えないことを確認します。

令和 年 月 日

医療機関名

医 師 名

| | |
|-------|--------------------------|
| 児 童 名 | |
| 病 名 等 | |
| 保 育 | 他の児童と同室で保育可 ・ 隔離室での保育が必要 |

さんだ「ワラビーズ」 病児保育記録



☆ 太枠のみ、ご記入をお願いします

利用 日目

| ご利用日 令和 年 月 日 () | | 平熱 | 自宅での様子 | | 病児保育室での様子 | | |
|-----------------------|----|---|-----------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|-------------|
| | | ℃ | 昨夜 | 今朝 | 9:00 | 12:00 | 15:00 |
| ふりがな | 体重 | 40 | | | | | |
| お名前 | kg | 39 | | | | | |
| | | 熱型 38 | | | | | |
| | | 37 | | | | | |
| | | 36 | | | | | |
| 年齢: 歳 か月 男・女 | | 朝の薬 | 飲んだ・飲んでいない 時 分 | | 与薬 | 与薬者 | 与薬時間 時 分 |
| 緊急連絡先 ①職場 | | 解熱剤 | 最終使用時間 時 分 | | 解熱剤 | 与薬者 | 使用時間 時 分 |
| | | | | | | | |
| ②携帯 | | | | | | | |
| 今の生活について | | 咳 | 多・少・なし | | 多・少・なし | 多・少・なし | |
| ☆ 食事の種類 | | 鼻水 | 多・少・なし | | 多・少・なし | 多・少・なし | |
| ・ミルク1回量 ml | | 嘔吐 | 回 | 回 | 回 | 回 | |
| 時 時 時 | | 便 | 回 | 回 | 回 | 回 | |
| ・離乳食(前期・中期・後期) | | 尿 | 回 | 回 | 回(普通・少) | 回(普通・少) | |
| ・幼児食(細かく刻んだもの) | | 水分 | 少量・普通・飲まない | | ミルク・母乳 | ミルク・母乳 | |
| ・普通食 | | 食事 | 夕食 | 朝食 | おやつ 時 分 | おやつ 時 分 | |
| ・除去食 無・有() | | 睡眠 | 良眠・浅い・不眠 時 分 ~ 時 分 | | 良眠・浅い・不眠 時 分 ~ 時 分 | 良眠・浅い・不眠 時 分 ~ 時 分 | |
| ☆ 水分摂取 | | 機嫌 | 良・普通・悪 | | 良・普通・悪 | 良・普通・悪 | |
| ・哺乳瓶・ストロー・コップ | | 安静・活気 | 元気・横になっている おとなしい | | 元気・横になっている おとなしい | 元気・横になっている おとなしい | |
| ☆ 排泄 | | | | | | | |
| ・おむつ | | | | | | | |
| ・トイレ | | | | | | | |
| ☆ お昼寝 | | | | | | | |
| ・する() | | | | | | | |
| ・しない | | | | | | | |
| ☆ 好きな遊び・キャラクターなど普段の様子 | | | | | | | |
| ☆ 性格 | | | | | | | |
| 病気について | | ☆ 配慮してほしいこと | | さんだ「ワラビーズ」での様子・コメント | | | |
| ☆ 診断名・症状 | | | | | | | |
| ☆ 薬処方: 無・有(当院・他院) | | | | | | | |
| ☆ いつものお薬の飲ませ方 | | ☆ 病状の経過・家庭からのコメント (入室2日目以降は、帰宅後から今までの様子) | | | | | |
| ☆ 解熱剤について | | | | 利用料金 ¥ | 受領者 | 三田市 確認者 | |
| () できるだけ使わないでほしい | | | | 受領時間 時 分 | | | |
| () 保育室の判断に任せる | | | | | | | |
| () °Cになったら使用してほしい | | | | | | | |