

豊島区病児・病後児保育事業利用申込書

豊島区長

年 月 日

(保護者名)

申込者名

印

(住所: _____)

1. 次のとおり、豊島区病児・病後児保育事業を利用したいので、医師による診療情報提供書を添付して申し込みます。
2. 病児・病後児保育事業の利用期間は、病児・病後児保育事業実施施設の指示に従います。
3. 児童の容態が急激に悪化した場合などの緊急時には、保護者の同意を得て医療機関で受診、治療、処置を行うこと、又は保護者に連絡が取れない場合でもこれを行うことに同意します。
4. 児童の状態が変化して病児・病後児保育事業での対応が困難になったとき、又は医療機関より利用が不適当と認められたときは、病児・病後児保育事業の利用の中止に同意します。

登録児氏名 (フリガナ)	性別	生年月日 年 月 日生	利用年月日 年 月 日()	
		歳 ヶ月	登録番号 — —	
在園の保育園・幼稚園等の名称				
家庭からの連絡	体温	前日の夕方(時) °C	当日の朝(時) °C	
		解熱剤使用なし ・ 解熱剤使用 (日 時)		
	症状	鼻汁	多い・少ない・ない	嘔吐
		せき	多い・少ない・ない	
		喘鳴	多い・少ない・ない	便
		尿	多い・普通・少ない	
	睡眠	就寝[:] 起床[:] ⇒ 良眠 ・ 不眠		
	機嫌	よい ・ 普通 ・ 悪い		
	食欲	あり ・ なし 今朝の食事時間 (: 頃)		
	薬	今朝の内服時間	: 頃 ・ なし	
持参薬		なし・あり(下記、与薬依頼欄に記入ください)		
本日の食事	給食を希望する(有料) ・ お弁当を持参した ・ ミルクのみ			

与薬依頼	薬の内容	剤型	処方時間	使用方法等	保管場所
		粉末・シロップ	食後・食間		室温
		外用薬・その他	その他(:)		冷暗所
		粉末・シロップ	食後・食間		室温
		外用薬・その他	その他(:)		冷暗所
※かかりつけ医の与薬指示 (あり ・ なし)					

保護者欄	○利用当日の緊急連絡先				
	氏名(続柄)	連絡先		職場	
	()	携帯		その他	
	氏名(続柄)	連絡先		職場	
	()	携帯		その他	
	お迎え予定	氏名(続柄)	時間	入室時間	
	()	()	: :	: :	

お迎え時サイン

()

:

担当者 ()

)

豊島区病児・病後児保育事業診療情報提供書

(医師連絡票)

(保護者記入欄)

児童氏名		性別	男・女
生年月日	年 月	日生	(満 歳)
住 所	豊島区		
保護者氏名		電話番号	—

(医療機関記入欄)

該当する病名・症状 (○印をつけてください)	01. 急性上気道炎 02. 気管支炎・肺炎 03. 喘息・喘息性気管支炎 04. ヘルパンギーナ 05. 感染性胃腸炎 06. ロタウイルス胃腸炎 07. 自家中毒症 08. 流行性耳下腺炎 09. 水痘 10. 風疹 11. 麻疹 12. インフルエンザ (A型 B型 型不明) 13. 咽頭結膜熱 14. 溶連菌感染症 15. 伝染性膿痂疹 16. その他() (病名不明の時) 17. 発熱 18. 下痢 19. 嘔吐 20. 咳嗽 21. 喘鳴 22. 発疹
診療形態	1. 外来 2. 往診 3. 入院 (H 年 月 日~H 年 月 日)
症状経過及び医師の指示事項	診療開始日 _____ 月 _____ 日()
与薬について	病後児保育室での与薬 (有 ・ 無) 処方 1. _____ 2. _____ 3. _____
安静度 (○印をつけてください)	1. ベット上安静 2. 室内安静 (ベットの生活が主、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よい)
食事上の注意点 (必要があればお書きください)	
利用見込み期間 (回復期間)	月 日より 日間程度
豊島区長 _____ 平成 年 月 日 該当児童は診察の結果、上記の病気の回復期にあり、病児・病後児保育室の利用が可能と思われます。 豊島区病児・病後児保育の利用を申請するにあたり、この診療について情報を提供します。 医療機関名 _____ 住 所 _____ 電話番号 _____ 担当医師名 _____ 印	

(注)保護者の皆様 および 医療機関担当者様へ

1. この診療情報提供書の取扱いについて:

豊島区医師会員の医療機関にかかれる場合、健康保険の給付対象の診療情報提供料(Ⅰ)となります。

その他の医療機関にかかったり、同月に2回以上かかる場合は受診料とは別に作成手数料が必要になります。

2. 完治後の登園の際、「医師の承諾が必要な感染性疾患」の場合は、この診療情報提供書とは別に医師による治癒証明書(在籍する施設で用意してあります。)が必要になります。