

薩摩川内市病児保育事業利用申請書

令和 年 月 日

薩摩川内市長 殿

申請者 住所 薩摩川内市

(保護者) 氏名 印

電話(自宅) - -
(勤務先) - -

登録番号				
フリガナ 児童氏名	生年月日	年 齢	性 別	続 柄
	平成 令和 年 月 日	満 歳 月	男 ・ 女	
利用希望期間	令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 ()日間			
保育所等の名称	保育所(園)		幼稚園	小学校
家庭で育児 できない理由	1 勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 災害 7 出張 8 学校等への公的行事 9 その他理由()			
世帯状況	1 生活保護世帯 2 その他世帯 ※ 1の世帯については確認できる書類を添付してください。			

(医療機関記入欄)

病名・病状等				
01 感冒・感冒様症候群	06 消化不良症	11 膿痂疹	16 麻疹	〈病名不明のとき〉 20 発熱 23 咳嗽 21 下痢 24 喘鳴 22 嘔吐 25 発疹
02 咽喉炎	07 感冒性嘔吐症	12 突発性発疹症	17 水痘	
03 扁桃腺炎	08 自家中毒症	13 手足口病	18 百日咳	
04 気管支炎	09 中耳炎・外耳炎	14 伝染性紅斑(りんご病)	19 風疹	
05 喘息・喘息性気管支炎	10 結膜炎(流角結を含む)	15 流行性耳下腺炎	26 その他 ()	
病 状	1 急性期(発熱期) 2 回復期(下熱・微熱等)			
安 静 度	1 ベッド上安静 2 隔離室で隔離 3 室内安静(ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 4 室内安静(他児と室内で普通に遊んでよい。)			
処方内容	○次回診察予定日 月 日() ※ 院外処方を探られている場合は、薬剤情報提供書を持参するようご指導ください。			
実施施設長 殿 上記のとおり一時預かりの対象として差し支えないことを診断します。 令和 年 月 日 医療機関名称 医 師 名 印				

※ 診断に係る費用は申請者の負担となります。

(実施施設長承諾欄)

申請者(保護者) 殿 次のとおり、当施設への入所を承諾いたします。 入所期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 施設名称 施設長氏名 印

※病状に変化があった場合には再度申請書の提出が必要となります。

※病状に変化がない場合の申請書の有効期間は7日間です。

利用日	/	/	/	/	/	/	/
-----	---	---	---	---	---	---	---