

No.

--	--	--	--	--	--

岩国市病児保育事業利用登録申請書(年度)

(宛て先)岩国市長

登録児童	ふりがな		性別	生年月日	愛称	
	氏名		男・女	年 月 日 生		
	住所					
	通園(学)施設	保育園・幼稚園 小学校		歳児クラス 年		
	かかりつけ医名					
	健康保険証番号			福祉医療受給者証番号		
保護者連絡先	ふりがな		ふりがな			
	氏名	続柄	氏名	続柄		
	携帯電話番号		携帯電話番号			
	勤務先	名称	名称			
		住所	住所			
		電話	電話			
緊急連絡先		続柄	電話			
(必ず連絡がとれる番号)		続柄	電話			
予防接種	これまで受けたものすべてに○をつけてください。 1 Hib(ヒブ) ()回 2 肺炎球菌 ()回 3 三種混合 ()回 4 ポリオ注射(不活性化ワクチン) ()回 5 ポリオ経口(生ワクチン) ()回 6 四種混合 ()回 7 B.C.G 8 MR(麻疹・風疹混合) ()回 9 水ぼうそう ()回 10 日本脳炎 ()回 11 B型肝炎 ()回 12 おたふくかぜ ()回 13 その他 (インフルエンザ・ロタウイルス・)					
これまでの病気	これまでかかった病気すべてに○をつけてください。 1 麻疹(はしか) 2 水痘(水ぼうそう) 3 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 4 風疹 5 百日咳 6 マイコプラズマ感染症 7 RSウイルス感染症 8 伝染性紅斑(リンゴ病) 9 手足口病 10 咽頭結膜炎(プール熱) 11 突発性発疹 12 川崎病 13 熱性けいれん 14 ヘルパンギーナ 15 結核 16 その他の大きな病気やけが(病名:) いつごろ:)					
	入院歴	(有・無)	(病名)	歳	か月)	
		(病名)	歳	か月)		
		(病名)	歳	か月)		
	アレルギー等	(有・無)	1 食物アレルギー(何:) 2 アトピー性皮膚炎 3 気管支喘息 4 じんましん 5 鼻炎 6 その他() 上記症状に関する配慮事項(医師からの指示、投薬など)			
		常時内服している薬		なし・あり(内服薬名:)		
常時使用している軟膏・吸入薬		なし・あり(軟膏名:)		吸入薬名:)		
その他、伝えておきたいこと、心配なこと：						
上記内容で、病時保育事業の利用登録をします。 <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> 年 月 日 氏名 Ⓜ </div>						

※ 常時使用している薬があるときは、お薬手帳の写しを添付してください。

※ 予防接種歴、既往症の確認のため母子手帳を提示してください。

市・施設記入欄 《世帯区分》 生活保護世帯・市民税非課税世帯・市民税均等割のみ課税世帯・市民税課税世帯

利用予定	キ	シ	医		高	
------	---	---	---	--	---	--

岩国市病児保育事業利用申請書

年 月 日

(宛て先) 岩国市長 病児保育事業の実施施設長 様	利用(予定)日 年 月 日 ～ 年 月 日
申請者住所	緊急連絡先 1 続柄()
申請者氏名 ㊟	緊急連絡先 2 続柄() (保育中に必ず連絡がとれる番号を記入してください。)

※ 保育体制により、翌日以降の利用について、ご希望に添えない場合もあります。

下記のとおり、病児保育事業を利用したいので、申請します。

ふりがな		性別	申請者との
児童氏名		男・女	続柄
生年月日	年 月 日	生	(歳 か月)
通園(学)施設名	保育園・幼稚園・小学校		
今回の病気	症状	あてはまる症状すべてに○をしてください。 発熱(度 分)・発疹・咳・鼻水・のどの痛み・腹痛・けいれん・下痢・ 吐き気・食欲低・頭痛・めやに・感染症回復期・外傷・その他() 症状がはじまった時期(月 日頃から)	
	受診状況	受診日(年 月 日) 病院名()	
	薬	●薬を飲んで(いる・いない) 薬名() (最後に飲んだ時間: AM・PM 時 分) ●解熱剤(とんぷく・坐薬)を(使用した・使用していない) (最後に使用した時間: AM・PM 時 分)	
	朝食	食べた(時間: 時 分)・食べていない	
	昨夜の睡眠	時 分 ~ 時 分 眠れた・ときどき起きた・眠れなかった	
	食事制限の有無	あり・なし	
特に心配なことがありましたら、記入してください。			
家庭で育児できない理由	勤務・冠婚葬祭・出産・病気・その他()		
迎えに来られる方	氏名	児童との続柄	
(申請者と異なる場合)	住所	電話	

※ 「利用料区分」欄について

当該事項に○をし、生活保護世帯については、「生活保護受給証明書」の写しを添付してください。

- 利用料を決定するため、市長が申請者の属する世帯の市民税課税状況を税務関係当局に求めることに同意します。(市民税課税世帯の判定:当該年度分の課税状況で判定。ただし、4月及び5月は、前年度分のもので判定。)

- お薬手帳又は処方箋のとおり、病児保育事業の実施施設長(職員を含む)が投薬することに同意します。

同意します。 をしてください。

- 熱が(度 分)になった場合、連絡してください。(連絡が必要な場合、 をしてください。)

施設記入欄	※世帯区分	生活保護世帯	市民税非課税世帯	市民税均等割のみ課税世帯	市民税課税世帯
-------	-------	--------	----------	--------------	---------

様式第3号(第9条関係)

※ 下の太枠内は、保護者が記入すること。

児 童 氏 名	(男・女)	生 年 月 日	年 月 日 生
児 童 住 所			
保 護 者 氏 名		電 話 番 号	

岩国市の病児保育事業を利用するためには、この医師連絡票が必要ですが、必ず希望する日にお子さんを預かれるとは限りません。事前に病児保育事業の実施施設にご確認ください。

医療機関記入

岩国市病児保育事業 医師連絡票

受診日 年 月 日

(宛て先) 岩国市長
病児保育事業実施施設長

診断医療機関名	
電 話 番 号	
診 断 医 師 署 名	

病児保育事業の利用に当たり、必要な情報について下記のとおり連絡します。

該当する病名・症状に○印をお願いします。			
<<病名>> 1 感冒・感冒様症候群 2 咽頭炎 3 扁桃腺炎 4 気管支炎 5 喘息・喘息性気管支炎 6 消化不良症 7 感冒性胃腸炎(下痢・嘔吐) 8 自家中毒症	9 中耳炎・外耳炎 10 結膜炎(流行性含む) 11 溶連菌感染症 12 伝染性膿痂疹(とびひ) 13 突発性発疹 14 手足口病 15 伝染性紅斑(りんご病) 16 流行性耳下腺炎	17 麻疹 18 インフルエンザ(A・B) 19 水痘 20 百日咳 21 風疹 22 咽頭結膜熱(プール熱) 23 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 ()
病 状	<input type="checkbox"/> 回復期前 <input type="checkbox"/> 回復期		
治 療 経 過		次回診療予定日	年 月 日
投 薬 処 方	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> () 時 <input type="checkbox"/> その他 ()		
入院していた場合	入院期間 年 月 日 ~ 年 月 日		
年 月 日 診断の結果、現時点での入院の必要性は認められません。			
熱性けいれんの既往歴	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 不明		
安 静 度	<input type="checkbox"/> ベッドで安静 <input type="checkbox"/> 観察室又は安静室で隔離 <input type="checkbox"/> 室内で安静 <input type="checkbox"/> 室内保育(他児と室内で普通に遊んでいい)		
食 事 (昼 食)	<input type="checkbox"/> ミルク・牛乳のみ <input type="checkbox"/> 離乳食(<input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期) <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> アレルギー食(除去内容) <input type="checkbox"/> その他()		
そ の 他 注 意 事 項			

※ 主治医の先生へ

この用紙は、上記児童が病児保育事業実施施設を利用するために必要な事項を情報提供いただくものです。

※ 病児保育事業実施施設が正本を保管すること。

問い合わせ

岩国市健康福祉部こども支援課

電話

0827-29-5077

岩国市病児保育事業投薬・坐薬依頼書

年 月 日

病児保育事業の実施施設長 様

別紙の薬剤情報提供書又はお薬手帳の控えのとおり、保護者に代わって
投薬・坐薬挿入をお願いします。

		投薬期間日 年 月 日 ~ 年 月 日	
保護者氏名	Ⓜ	園児氏名	
1 薬の種類 と個数	1 水薬 (個)	2 粉薬 (個)	3 錠剤 (個)
	4 目薬 (個)	5 軟膏 (個)	
	6 坐薬 (個)	7 その他 (種類 個)	
2 坐薬を使用するとき	熱が () 度になったとき ・ 発作がおきたとき		

施設記録欄	受領者氏名		受領日時	月 日	受領者氏名		受領日時	月 日
	受領者氏名		受領日時	月 日	受領者氏名		受領日時	月 日
	受領者氏名		受領日時	月 日	受領者氏名		受領日時	月 日
	投与者氏名		投与日時	月 日	薬名		気づき	
	投与者氏名		投与日時	月 日	薬名		気づき	
	投与者氏名		投与日時	月 日	薬名		気づき	
	投与者氏名		投与日時	月 日	薬名		気づき	
	投与者氏名		投与日時	月 日	薬名		気づき	

※ 薬の容器、袋等に、名前をはっきり記入してください。

※ 太枠のみ記入してください。

※ 薬は、1回ずつに分けてその日の分のみを持ってきてください。

※ 投与する薬は、医師が処方したもののみです。

病児保育及びお迎えサービス利用申込に関する同意書

(病児保育利用に関する同意事項)

1. 利用対象となる病気は、入院等を必要としない疾患であること。また、流行性角膜炎、麻疹（はしか）など特定感染症の場合や医療行為を必要とする場合は利用しないこと。
2. 申込時に病児保育施設の当日の利用状況（定員に達している、他の利用者の病名・状態等）により、利用できない又はサービスの利用を待つことがあること。
3. 利用登録は事前に、または利用日当日、本保育室にて「利用登録申請書」「病児保育及びお迎えサービス利用申込に関する同意書」を提出して行う。
（1年ごとの更新を行う。）
4. 児童の保護者は、本保育室を利用する間、「利用登録申込書」に記載した緊急連絡先に常に連絡でき、緊急時でも保護者の意思が確認できるよう努めなければならない。
5. 当院の診察後（利用日初日のみ）、必要があれば検査、治療についての同意を電話連絡で行うことがあること。連絡が取れない場合でも、検査、治療を行うことがあること。病状によっては、救急搬送を含め救急処置を実施することがあること。
6. 定める時間に児童を引き取り、免許証等で本人確認できる事前に定めた保護者、代理人が引き取ること。
7. 意図せず発生した小さな怪我、打撲や風邪など日常生活で起こりうる小事故、緊急時連絡が取れなかったことで不利益が生じた場合も、当院や職員の責任を問わないこと。
8. 児童の保護者は本保育室に対して、本保育室の求めに従い保育に必要な情報を提供しなければならない。

(お迎えサービス利用に関する同意書)

1. 対応には十分配慮しますが、体調が悪い中、面識のない大人に知らない場所に連れて行かれることは、お子さんにとって心身への負担が大きいということを十分理解したうえで利用すること。

2. 利用状況により、病児保育室の確保ができない場合は、お迎えサービスをお断りする可能性があること。
3. 児童の病状を確認したうえで、送迎が望ましくないと医師、看護師が判断した場合には送迎サービスを利用できないこと。
お迎えサービスでは、当院受診後に本保育室でのお預かりとなること。
4. 送迎の途中で病状が急変した場合には、救急搬送を含め救急処置を実施することがあること。
5. 故意でない過失に対し、保険による保証を超えた賠償を負えないこと。
6. 送迎はタクシー会社等、他社の車両や人員によりサービスを提供され、その送迎中に生じた交通事故等による受傷・後遺症等の損害に対し、当院で責任を負えないこと。
7. 送迎エリアは保育園・幼稚園・小学校等が旧岩国市内である場合に対象となること。
8. あらかじめ定められた利用時間を厳守すること。
9. 児童の引き渡しは、免許証等で本人確認できる本同意書に記入した保護者、または代理人であること。
10. 保育料・衛生消耗品使用料諸経費は、本保育室へのお迎え時に精算すること。
11. 事前登録申請書等に記載された内容につき、保育園・幼稚園・小学校と情報を共有すること。

【保護者同意欄】

病児保育利用するにあたり、以上の項目に同意します。

お迎えサービスを利用するにあたり、以上の項目に同意（します・しません）

令和 年 月 日

保護者氏名 ㊞ (続柄)

住 所：

児の氏名：

引取代理人： (続柄)

引取代理人生年月日