

病児保育利用申請書(診療情報提供書)

ここに用

年 月 日

(宛先)病児保育室

児童の状況を報告の上、利用を申請します。
なお、利用料金の負担の有無を確認するため、市が世帯の所得及び生活保護受給状況を調査することを承認します。

申請者(保護者)氏名				児童との続柄	
ふりがな 児童氏名		性別	生年月日	年	月 日生
在籍施設			緊急連絡先		

利用に当たり、下記のとおり病名を診断します。
※医師記入欄 漏れなくご記入ください。

利用保育	□病児保育 □病後児保育(回復期) ※いずれか一つにチェックしてください		
病名	☐ 上気道炎	☐ ヘルパンギーナ	☐ 中耳炎
	☐ 扁桃腺炎	☐ アデノウイルス感染症	☐ インフルエンザA
	☐ クループ症候群	☐ 溶連菌感染症	☐ インフルエンザB
	☐ 気管支炎	☐ 突発性発疹症	☐ 骨折
	☐ 肺炎	☐ 伝染性膿痂疹	☐ 新型コロナウイルス感染症
	☐ 喘息様気管支炎	☐ 流行性耳下腺炎	☐ その他
	☐ 気管支喘息	☐ 水痘	()
	(喘息発作が出ているときは 利用できません)	☐ 風疹	
☐ 感染性胃腸炎	☐ 手足口病		
	☐ RSウイルス感染症		
入院の必要性	☐ なし *入院が必要な場合、ご利用できません。		
隔離の必要性	☐ あり ☐ なし ☐ 同一疾患であれば必要なし		
治療経過			
現在の 投薬処方	処 方		薬剤名
	☐ あり ☐ なし	用量・用法	
病児で使用する 頓用薬と 定期吸入薬	☐ あり	薬剤名	
		用量・用法	
配慮を要する 事 項			
利用期間	月 日 ~ 月 日		
年 月 日 【医療機関】			
所在地			
名称			
電話番号			
担当医師氏名			