

吉田町長 様

申 込 者 (保 護 者)	住 所	
	氏 名	印
	電話番号	

次のとおり、吉田町病後児保育事業を利用したいので、主治医の連絡票を添付して、申し込めます。なお、利用期間中は実施施設の指示に従い、保育中に病状が悪化した場合には、児童を迎えに来ること及び緊急を要するときは、実施施設において病院等で児童を受診させることに同意します。

利用希望期間	年 月 日から 年 月 日まで ( 日間)	
ふりがな	性 別	生年月日 年 月 日
児童の氏名	男・女	年 齢 歳 か月
通園施設等について	1 通園又は通学している。(施設名 電話 ) 2 通園又は通学していない。	
利用事由 (保護者の状況)	1 勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 その他 ( )	
かかりつけ医	病院・医院 担当医: 電話:	
緊急連絡先	住所 氏名 (続柄 )	連絡先 電 話:
緊急搬送先	医療機関名 (電話: ) ※ 記入がない場合、榛原総合病院への搬送となります。	
アレルギー	無・有 (アレルギー名: )	
既往歴 (今までにかかった病気に○を付けてください。)		
1 突発性発疹	14 湿疹	
2 麻疹(はしか)	15 ぜん息・ぜん息様気管支炎 (毎日薬を飲んでいる・いない・発作時だけ) (毎日吸入療法をしている・いない・発作時だけ)	
3 水痘(水ぼうそう)		
4 風疹(三日ばしか)	16 アトピー性皮膚炎 (治療は内服薬・食事療法)	
5 いん頭性結膜炎(プール熱)	17 川崎病(心臓合併症 有・無)	
6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	18 B型肝炎(キャリアー・キャリアーではない)	
7 百日咳	19 熱性けいれん (初回 歳 最後は 歳 これまでに 回)	
8 ヘルパンギーナ	20 食物アレルギー (ミルク・卵・鶏肉・牛肉・そば・大豆・小麦・ )	
9 手足口病	21 その他 ( )	
10 伝染性紅斑(りんご病)		
11 中耳炎		
12 異型肺炎(マイコプラズマ肺炎)		
13 とびひ		
予防接種 (これまでに受けたものの番号に○を付け、接種年月日を御記入ください。)		
1 ヒブワクチン	年 月 接種	6 麻疹(はしか) 年 月 接種
2 肺炎球菌ワクチン	年 月 接種	7 風疹(三日ばしか) 年 月 接種
3 BCG	年 月 接種	8 麻疹・風疹混合 年 月 接種
4 日本脳炎 1回目 2回目 追加	年 月 接種 年 月 接種 年 月 接種	9 ポリオ 1回目 年 月 接種 2回目 年 月 接種
5 三種混合/二種混合 1回目 2回目 3回目追加	年 月 接種 年 月 接種 年 月 接種 年 月 接種	10 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 年 月 接種
		11 水痘(水ぼうそう) 年 月 接種
		12 インフルエンザ 0歳 1歳 2歳 3歳 4歳 5歳
今回の病気 について	病 名	今朝の体温
	現在の症状 (当てはまるものに○を付けてください) 発熱 発疹 咳 鼻水 のどの痛み 腹痛 下痢 吐き気 食欲低下 頭痛 目やに その他 ( )	
	通園施設等欠席期間	年 月 日から ( 日間)
	処方薬を受けて(いる・いない) 市販薬を飲んで(いる・いない)	
栄養方法	□ 授乳中 (母乳・人工・混合 1回 cc× 回) □ 離乳食 (ドロドロ・舌でつぶせる・歯茎でつぶせる・歯で噛める) □ 普通食 アトピー等による食事制限 (必要・不要)	
食事方法	全面介助・一人で食べるがかなりこぼす・一人で食べる(箸・スプーン)	
行 動	寝ている・首がすわっている・寝返る・座る・はう・立つ 伝い歩き・歩行自由	
排 せ つ	おむつ(排泄 教える・教えない)・時々おもらし・自立	
生活保護の状況	適用なし 適用あり( 年 月 日保護開始)	
備 考		

【添付書類】・吉田町病後児保育事業利用連絡票(様式第2号) ・投薬依頼書(投薬が必要な場合)