

病児・病後児保育事業 児童情報

年 月 日

病児・病後児事業実施施設 様

※初回利用時及び内容に変更があった場合に提出が必要です。

<small>ふりがな</small> 児童氏名	男・女	年 月 日	生まれ	満 歳	
		出生順位 : 第()子			
住所					
〒 —					
保護者氏名			電話番号		
(続柄 :)			— —		
緊急連絡先					
※2か所以上の記入をお願いします	連絡者(氏名)		電話番号		携帯電話
	①	(続柄 :)		自宅・勤務先	- -
		勤務先	(名称) (所在地) 日田市		
	②	(続柄 :)		自宅・勤務先	- -
		勤務先	(名称) (所在地) 日田市		
	③	(続柄 :)		自宅・勤務先	- -
		勤務先	(名称) (所在地) 日田市		
	入所施設(学校)名: 園・学校 Tel ()				
	※要望・連絡事項				

【注】 減免制度について (大分県内在住で、下記に該当する方は利用料金が免除となります)

下記に該当する方は必要書類を提出してください。提出がない場合は、減免を受けることが出来ません。

生活保護世帯	生活保護受給者証又は診察依頼証
市町村民税非課税世帯	非課税証明

※非課税証明について

毎年9月以降は、最新の非課税証明が必要となります。下記の例を参考に提出してください。

～例～

R4.4月～R4.8月利用時・・・R3年度非課税証明 (R2年度所得)

R4.9月～R5.8月利用時・・・R3年度非課税証明

R5.9月～R6.8月利用時・・・R4年度非課税証明

かかりつけの病院	① 小児科 () Tel () -	⑤ 皮膚科 () Tel () -
	② 外科 () Tel () -	⑥ 耳鼻科 () Tel () -
	③ 眼科 () Tel () -	⑦ 整形外科 () Tel () -
	④ 内科 () Tel () -	⑧ その他 () Tel () -
睡眠	・睡眠時間 (時 分 ~ 時 分 時間 分) ・昼寝時間 (時 分 ~ 時 分 時間 分) ・寝る時の姿勢 特徴: あおむけ ・ うつぶせ ・ その他 () ・寝つき(寝かせ方) 良い ・ 悪い 癖 () ・寝起き 良い ・ 悪い 癖 ()	
その他	・性格 () ・好きな遊び () ・家庭で主に保育する人 () ・衣服の着脱: できる ・ できない ・好きな物 おもちゃ () 動物 () ・障がいの有無: 有 ・ 無	
既往歴	・突発性発疹 (オ) ・百日咳 (オ) ・おたふくかぜ (オ) ・水痘 (オ) ・アトピー性皮膚炎 ・麻疹 (オ) ・アレルギー性鼻炎 ・風疹 (オ) ・じんましん ・喘息 ・中耳炎 (オ) ・肺炎 (オ) ・ひきつけ (初回 歳)(最近 歳)(累計 回) ・けいれん (初回 歳)(最近 歳)(累計 回) ・その他 ()	食事状況 ・母乳 ・人工乳 ・混合乳 (1日 回) ・規則的: (時間毎) ・不規則: ・離乳食 ・幼児食 ・普通食 ・おやつ (有 ・ 無) ・食事の方法 哺乳瓶 ・ スプーン コップ ・ 箸
予防接種	・4種混合 (期 回) (3種混合・ポリオ) ・MR ・BCG ・B型肝炎 ・水痘 ・おたふくかぜ ・日本脳炎 ・Hib (期 回) ・肺炎球菌 (期 回)	排泄状況 ・尿 → ・オムツを使用 ・トレーニング中 ・自立している (1日 回) ・便 → ・オムツを使用 ・トレーニング中 ・自立している (1日 回) (便秘 ・ 硬い ・ 普通 ・ 軟い ・ 下痢)
薬の使用	何が飲めますか? ・水薬 ・粉薬 ・錠剤 坐薬を使ったことがありますか? ・ある ・ ない [・解熱剤 ・吐き気止め] [・けいれん止め ・その他 ()]	アレルギー ・ある (除去食) ・ ない [食物 ()] [薬物 ()] [その他 ()]

※ 「かかりつけの病院」は、主に通院する病院を記入してください。

※ 「既往歴」・「予防接種」については、該当する項目を選択してください。□
(年齢は、病気になった年齢を記入してください。)

※ 「排泄状況」でオムツを使用している児童については、施設では「紙オムツ」のみの使用となります。

日田市病児・病後児保育事業利用（変更）申請書

日田市長

殿

年 月 日

下記のとおり、（ 病児 病後児 ）保育事業の利用（変更）を申請します。
また、申請に当たっては、関係施設、関係市町村へ情報提供することに同意します。

（保護者記入欄）

利用希望施設名		<input type="checkbox"/> 中央病院(病児) <input type="checkbox"/> 丸の内こども園(病後児) <input type="checkbox"/> おおやまこども園(病後児)		
保 護 者	保護者氏名		続柄	
	携帯電話 ()		TEL ()	
	携帯電話 ()		TEL ()	
	利用事由	1. 勤務の都合 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭等 6. その他 ()		
	利用期間	当初	年 月 日 ~	年 月 日
		追加	年 月 日 ~	年 月 日
	利用料軽減の有無	生活保護世帯に該当する・しない 市町村民税非課税世帯に該当する・しない		※該当する場合は、生活保護受給者証又は診療依頼証を提示してください。 ※該当する場合は、最新の課税証明書を提出してください。
対 象 児 童	児童氏名		性別	
	(ふりがな)		生年月日 (歳 か月)	
			年 月 日	
	住所(〒 -)			
	大分県			
(通所施設等の区分)		(通所施設等の名称)		
1. 認可保育施設等(※)、企業主導型保育 (※認可保育所、認定こども園、小規模・事業所内・家庭的保育事業)		保育所(園) こども園		
2. 認可外保育施設(ベビーシッター、認可外の事業所内保育を含む。)		幼稚園		
3. 幼稚園 4. 小学校(年生) 5. 家庭監護		小学校		
*アレルギーの有無(有・無) *アレルギー食品(卵・大豆・牛乳・その他())				
(かかりつけ医)		担当医師名		
医療機関名		(TEL)		

（医療機関記入欄） ※日田市の医療機関については、「病児・病後児保育事業の利用（変更）に係る主治医意見書」の交付を受け、本申請書に添付して提出してください。

病名		診断日	年 月 日
現状	1. 病気の回復期に至っていない		2. 病気の回復期
指示事項	隔離の必要	有 ・ 無 ※該当する方を丸で囲ってください。	
	特記事項 ※配慮を要する事項等ある場合は、記入してください。		
診断の結果、入院加療は要しないが、集団保育は困難と認めます。			
医療機関所在地 名 称 診断医師名			

病児・病後児保育事業の利用 (変更)に係る主治医意見書

発行日 年 月 日

日田市長 様

	所在地

	名称
医療機関
	担当医師名

	電話番号 ()

次のとおり、(病児 病後児) 保育事業の利用(変更)が適当であると認めます。

	(ふりがな)				
	児童氏名	生年月日	年	月	日生
今回の病気 について	病名				
	病(後)児保育の利用(変更) を必要と認める期間	年	月	日	～
		年	月	日	まで (日間)
	処方薬	有・無	次回診察予定日	年	月
その 他の 特記 事項	症状の経過				
	現在の投薬処方				
	保育上の留意点	① ベットの上での安静が必要 ② 室内で安静(ベットでの生活が主。他の児童との静かな遊びは可能) ③ 室内で保育(他の児童と室内で遊んでもよい)			
	食事(昼食)について指示があれば記入をお願いします。				

※ 病児・病後児保育事業の利用(変更)の申請には、この主治医意見書が必要です。

※ 投薬について別紙がある場合については、「現在の投薬処方」に記入の必要はありません。