

## 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
	・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		※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。
市町村住民税非課税世帯に該当 する ・ しない		※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。