

和泉市病児保育事業利用登録申込書

年 月 日

和 泉 市 長 あて

申込者名

印

和泉市病児保育事業の利用登録を次のとおり申し込みます。

保護者氏名	続柄	連絡先
携帯電話 携帯アドレス		電 話
携帯電話 携帯アドレス		電 話

フリガナ お名前	男・女	愛称	きょうだい関係 第 子		
生年月日	年 月 日	生まれ (歳 ヵ月)			
自宅住所					
自宅電話番号	携帯電話				
通園・通学施設名					
家族	氏名	続柄	年齢	勤務先・TEL	職種
				通園通学施設名	
				通園通学施設名	
緊急連絡先1	氏名	住所	電話		
緊急連絡先2	氏名	住所	電話		
予防接種 (済のものに○印)	ロタ:(1回・2回・3回) B型肝炎:(1回・2回・3回) ヒブ:(1回・2回・3回・4回)小児用肺炎球菌:(1回・2回・3回・4回) 3種混合:I期(1回・2回・3回)・I期追加 4種混合:I期(1回・2回・3回)・I期追加 生ポリオ:(1回・2回) 不活化ポリオ(1回・2回・3回・4回) BCG・MR(麻しん風しん混合):(1回・2回) おたふくかぜ(1回・2回)・水痘(1回・2回) 日本脳炎:I期(1回・2回)・I期追加・II期				
今までにかかった病 気に○印	突発性発疹・水痘(水ぼうそう)・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)・RS・溶連菌・インフルエンザ・麻しん(はしか)・風しん(三日はしか)				
けいれん	無 有:初回(歳 ヵ月) 最後(歳 ヵ月) 発作時の対応()				
アレルギー	無 有(卵・牛乳・小麦・大豆・その他)				
入院歴	無 有 病名: いつ頃: 病院名:				
常時内服している薬	無 有 (具体的に記入して下さい。)				
かかりつけ医	病院名 電話番号				

※ 生活保護世帯及び市民税非課税世帯に属する利用者にあたっては、利用料の減免を受けることができます。
 「非課税証明書」などの証明書類を、利用される施設へ提示してください。

診療情報開示票

(和泉市病児・病後児保育事業用)

(フリガナ) 児 童 名		性 別	男 ・ 女	生年 月日	年 月 日 (歳 か月)
住 所 電話番号	TEL ()				
発 病 日	年 月 日			<主な症状> ・発熱 ・咳嗽 ・下痢 ・喘鳴 ・嘔吐 ・発疹	
傷病名 (番号に○をつけてください) 1. 感冒 2. 扁桃腺 3. 気管支炎 4. 下痢 5. 中耳炎 6. とびひ 7. 外傷 8. 麻疹予防 9. 水痘 10. 手足口病 11. 結膜炎 12. 湿疹 13. おたふく風邪様疾患 14. 風疹様疾患 15. その他 ()					
薬の服用 (薬名、回数等)					
配慮すべき事項 (感染、治癒経過、食事等)					

(病児・病後児) 保育事業の利用について、上記のとおり連絡します。

年 月 日

医療機関所在地

名 称

担当医師名

電 話

印

和泉市長 あて

和泉市では、保育園児等で病気や怪我または、その回復期等で集団保育が困難な児童を一時的に保育する病児保育事業を実施しております。

施設でお預かりする上で、上記の診療情報開示票を交付いただきますよう、よろしくお願いいたします。

なお、紹介にあたっては、和泉市医師会を通じご協力を依頼させていただいております。

注1 対象児童の居住する市町村宛に情報提供した場合に診療情報提供料 (I) を算定することが出来る (250点)。患者1人につき月1回に限り算定する。

注2 市町村が正本を保管し、病児保育事業実施施設は写しを保管すること。

登録番号

--	--	--	--

和泉市病児保育事業利用申込書

年 月 日

和 泉 市 長 あて

住 所
申込者（保護者）
氏 名 印

和泉市病児保育事業の利用について診療情報開示票を添えて申し込みます。

(フリガナ) 児 童 氏 名		性 別	男 ・ 女	生年 月日	年 月 日 (歳 か月)
連絡先（勤務先等） ）及び電話番号	TEL ()	通っている 保 育 所 等			
利 用 事 由	1. 勤務の都合 2. 傷病 3. 事故 4. 出産 5. 冠婚葬祭 6. その他 ()				
治療受診中の 医療機関名	医療機関名	TEL ()			
	医師名				
児童を送迎される方の氏名		児童と の 関 係		お 迎 え 予 定 時 刻	時 分 頃

※ 生活保護世帯及び市民税非課税世帯に属する利用者にあたっては、利用料の減免を受けることができます。「非課税証明書」などの証明書類を、利用される施設へ提示してください。