

平成 年度 杵築市病児保育事業利用申込書

杵築中央病院長 様

平成 年 月 日

緊急連絡先は必ず2ヶ所記入してください。勤務先の場合は、勤務先・部署名まで記入をお願いします。

保護者① 氏名		勤務先		続柄 () TEL () -	
保護者② 氏名		勤務先		続柄 () TEL () -	
(フリガナ)		男・女	平成 年 月 日生	(歳 箇月)	
子ども氏名					
主な症状					
利用予定期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日				
就園・就学先	保育園・幼稚園・小学校				
利用を希望する具体的な理由					
裏面の注意事項を承諾し利用を申込みます。					
申請者 住 所					
保護者氏名 ㊞					

(医療機関記入欄)

診 断 日	平成 年 月 日	病児保育事業利用の可否	可 ・ 否	
診 断 名		症状 (○印)	1. 急性期 (発熱等)	2. 回復期 (下熱・微熱等)
安静度 (○印)	1. ベッド上で安静 2. 隔離室で隔離 3. 室内で安静 (ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可) 4. 室内保育 (他児と室内で普通に遊んでよい)			
食事 (昼食) (○印)	・ 要 ・ 不要			
処方内容				
医療機関名	病院	診断医師名	㊞	

(実施委託事業者承諾欄)

下記のとおり病児保育室への利用を承諾します。		登録番号
・利用期間	平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで (日間)	
実施委託事業者		
氏 名		

病児保育利用にかかる注意事項

①育児を放棄するためのサービスではありません。保護者が仕事等でどうしても家庭で看ることができない病児のみ利用することができます。

※仕事以外の利用・・・冠婚葬祭・求職活動（就労にかかる面接）などです。

②最初に利用する場合、当日または前日までに必ずかかりつけの小児科医で診察を受け、その結果で利用可能となります。（疾病毎に診察は必要となります。）

医師の判断で利用できない場合がありますのでご了承ください。

③保護者は必ず緊急連絡が取れるようにしておいてください。

④昼食は原則各ご家庭でご準備していただきます（お弁当）。児童にアレルギーがなく、通常食で可能な場合は9時30分までの申し出をいただければ病院で給食を準備します。

給食は実費として300円必要となります。

⑤おやつはご持参ください。

⑥当日必要なオムツ、ミルク（ミルクを飲む児童）は利用者をご準備ください。

⑦不慮の事故が無いように万全を期しますが、事故が起こった場合は、施設で加入する保険のみの対応とし保険以外の責任は負いませんのでご了承ください。

⑧利用料は以下のとおりです。

- ・ 1回の利用 1,500円
- ・ 給食を利用する場合 300円