様式２※R4.9 改正

坂井市病児・病後児保育利用票

年　　月　　日

坂井市長　様

保護者	住所
	氏名
	緊急連絡先

病児・病後児保育を利用したいので、下記に同意し以下のとおり届出ます。

坂井市に住民登録がある方　病児・病後児保育事業の利用料算定のために、坂井市が住民基本台帳の世帯情報、市民税の情報、生活保護の情報、児童扶養手当の情報、母子家庭等医療費等助成の情報等を閲覧することに同意します。

坂井市以外に住民登録のある方　病児・病後児保育事業の利用料算定のために、この利用票の写しを住民登録のある広域利用締結市町長あてに提供することに同意します。

該当するものに☑をつけてください	☐ 就学前第２子以降の子　☐ 就学前多胎児第１子 ☐ 非課税・生活保護世帯　☐ ひとり親医療費・児扶手当受給世帯　☐ 無償化対象			
利用期間	年　月　日　～　年　月　日			
	午前・午後　時　分　～　午前・午後　時　分			
児童氏名		男 女	生年月日	年　月　日 歳　ヵ月
主治医	電　話 【　　病院・医院】ＦＡＸ			
主な症状 （○印をつけてください）	発熱・下痢・嘔吐・咳そう・喘鳴・発疹・湿疹 その他（具体的に）【　　】			
子どもの今の状態	食欲　：　良い　普通　悪い 睡眠状態　：　良い　普通　悪い 機嫌　：　良い　普通　悪い 便通　：　良い　普通　悪い その他　：　【　　】			
その他 （体質・ｱﾚﾙｷﾞｰ・癖・心配なこと）				
看護できない理由	☐勤務の都合　☐傷病・事故　☐冠婚葬祭　☐出産　☐その他			

実施機関記入欄（該当項目に利用日数を必ず記入してください）

病児保育に該当	日	☐市民税非課税世帯・生活保護世帯	☐ひとり親医療費・児童扶養手当受給	市担当確認欄
病後児保育に該当	日	☐就学前第２子以降	☐就学前多胎児第１子	

与薬等依頼票（保護者記載用）

年　　月　　日記入

医師連絡票がある場合は、ご持参ください。
また、その場合病症情報は記入不要です。

病症情報	この病気について病院にかかっている場合は、次のことについてわかっている範囲内でお答え下さい。 ●お薬をもらっている場合 いつから服用していますか（　　日前から服用） 薬の内容は　抗生物質　・　風邪薬　・　解熱剤　・　下痢どめ　・　吐き気どめ その他（具体的に　　） ●病名がわかっている場合は〇印 感冒・感冒様症候群・咽頭炎・扁桃腺炎・気管支炎・喘息・喘息様気管支炎 消化不良症・感冒性嘔吐症・自家中毒症・中耳炎・外耳炎・結膜炎・とびひ 突発性発疹症・手足口病・りんご病（伝染性紅班）・おたふくかぜ・はしか 水ぼうそう・百日咳・風疹 その他（具体的に　　）

薬剤情報用紙がある場合は、ご持参ください。
また、その場合薬剤情報は記入不要です。

薬剤情報	①持参した薬は、　　年　　月　　日に処方された　　日分のうち本日分
	②保管方法は　　室温　・　冷蔵庫　・　その他 （　　）
	③くすりの剤型（該当するものに〇） 粉末・液（シロップ）・外用薬・その他（　　）
	④薬に内容（該当するものに〇） 抗生物質・解熱剤・咳止め・下痢止め・風邪薬・外用薬 （　　）
	⑤使用する日時 年　　月　　日～　　月　　日　午前・午後　　時　　分 昼食の　　分前・　　分後 その他具体的に（　　）
	⑥外用薬の使用法 （　　）
	⑦その他 （　　）

保育室記載 病（後）児	受領書サイン　　月　　日　　時　　分
	投与者サイン　　投与時刻　　月　　日　午前・午後　　時　　分 実施状況等