

病児・病後児保育センター医師連絡票

年 月 日				
(宛先) 病児・病後児保育センター指定管理者				
医療機関 所在地				
名称				
電話				
医師氏名 ㊟				
児氏名	氏名	性別	生年月日 年 月 日生	年齢 歳
	住所			電話番号
病名	<p style="text-align: right;">*麻しんの受け入れは病後児のみとなります。</p> (病児・病後児区分(番号に○)) 01 病児 (入院は不要だが、隔離室での対応が必要な児) 02 病後児 (感染の危険性がない状態の児)			
安静度 (番号に○)	01 病児 隔離室で対応 02 病後児 ベッド上 03 病後児 室内安静(ベッドの生活が主、他児との静かな遊びは可) 04 病後児 室内保育(他児と室内で普通に遊んでもよい)			
症状				
食事 (番号に○)	01 ミルク・牛乳のみ 02 離乳食(前期・中期・後期) 03 普通食 04 下痢食 05 アレルギー食(除去内容:) 06 その他(内容:)			
処方内容	<input type="checkbox"/> お薬手帳参照			
注意事項				

※ 主治医の先生へのお願い

- ・この用紙は、診療のうえご記入いただき、保護者にお渡しくださいますようお願いいたします。
- ・料金は、保険診療(診療情報提供料 I)の扱いをお願いいたします。
- ・保育中に緊急で市立うわまち病院を受診した場合は、市立うわまち病院からの診療情報提供書を保護者が持って再受診されますので、ご高診くださいますよう併せてお願いいたします。

※ 救急医療センターでは発行できません。

[問い合わせ先]

病児・病後児保育センター

電話 (046)822-9981

横須賀市こども育成部幼保児童施設課

電話 (046)822-8268

____年度 病児・病後児保育センター利用登録票

年 月 日 記入 記入者名 _____

ふりがな			性別	生年月日	年齢
児童氏名				平成 年 月 日生	歳
通所施設 ・在宅等	通所 → 在宅	横須賀市 ()市・町		保育園 幼稚園 小学校	クラス、学年
保護者 (続柄) 〔 〕	住所				
	電話番号	自宅			
		携帯			
	勤務先	名称			
電話番号					
かかりつけ医	診療所等名称				
	電話番号				
健康保険被保険者証番号					
乳児・小児医療証番号					
うわまち病院診察券番号		(受診歴がある場合)			
予防接種	BCG ・ 三種混合 (I 期 1回目・2回目・3回目・追加) ・ ポリオ (1回目・2回目) ・ 麻しん ・ 風しん ・ 麻しん風しん混合 (I 期・II 期) ・日本脳炎 (I 期 1回目・2回目・追加) ・ 水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・その他 []				

※ この登録票の有効期限は、____年3月31日です。
それ以降に利用する場合は、再度提出してください。

病児・病後児保育センター使用許可申請書

年 月 日

(宛先) 病児・病後児保育センター指定管理者

申請者氏名

印

(自署は押印省略可)

_____年度 病児・病後児保育センター利用登録票の内容に相違ありません。

次のとおり、病児・病後児保育センターの使用を申請します。

ふりがな		性別	生年月日	年齢
児童氏名			平成 年 月 日生	歳
使用申請期間	平成 年 月 日 ~ 月 日 日間			
保護者が保育できない理由	①就労 ②保護者の疾病 ③その他 []			
使用料金額	2,000円	※生活保護世帯、市民税非課税世帯は減免の対象です。	昼食の希望	有(300円)・無
発病日	今朝の体温	平熱	機嫌	
月 日 朝・昼・夜頃	℃	℃	良い・悪い	
睡眠	時 分頃~	時 分頃	発疹	なし・あり
おしっこの回数	多・普通・少	便通	普通便・軟便・下痢	
摂取水分	普通・少量	食事(哺乳)	普通・少量	
咳(せき)	なし・あり	鼻水	なし・あり	
嘔吐	なし・あり	薬の使用	なし・あり	
アレルギー	なし・あり→ []	ありの場合 処方内容	□お薬手帳に記載 []	
		センターに「与薬依頼」:なし・あり		
既往症 (今までかかった病気)	伝染性疾患	なし・あり→[突発疹・はしか・風しん・水痘・おたふくかぜ・百日咳・その他()]		
	その他疾患	なし・あり→[けいれん・てんかん・喘息・アトピー・その他()]		
	入院の経験	なし・あり→[歳のとき][病名等:]		
児童の好きな遊び				
その他 ・伝えておきたいこと ・配慮してもらいたいこと など				
本日のお迎え	時間	時 分	お迎えに来る方	続柄
(事務処理欄)			受付印	