第２号様式

　　　年　　　月　　　日

（宛先）阿久根市長

申請者(保護者)住　所

氏　名

　　　 電話番号

**阿久根市病児保育事業利用申請書**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな病児氏名 |  | 性別男・女 | 　年　　月　　日生（　　　歳　か月） |
| 利用希望期間 | 　　　　年　　月　　日　　～　　　　　年　　月　　日（　　　）日間 |
| 在籍園・学校名 | 　　　　　　　　　　　 |
| 家庭保育できない理由 | 1.勤務の都合　　2.傷病　　3.事故　　4.出産　　5.冠婚葬祭　　6.災害　7.出張　　　8.学校等への公的行事　　9.その他（　　　　　　　　　　　） |
| 世帯状況 | 1.生活保護世帯　　　　2.その他の世帯※1の世帯については確認できる書類を添付してください。 |
|  |

※医療機関記入欄

|  |  |
| --- | --- |
| 病　　名 | 1感冒・感冒様症候群　　2咽頭炎　3扁桃腺炎　4気管支炎　5喘息・喘息性気管支炎　　6胃腸炎　　7中耳炎・外耳炎　　8結膜炎　　9とびひ　　10手足口病　11突発性発疹症　　12伝染　性紅斑　　13流行性耳下腺炎　　14麻疹　　15風疹　16水痘　　17百日咳　　18溶連菌　　19インフルエンザ　　20 ＲＳウイルス　21新型コロナウイルス　　　22その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）＜病名不明のとき＞23発熱　　24下痢　　　25嘔吐　　　26咳嗽　　　27喘鳴　　　28発疹 |
| 病状 | 1.発熱期　　　　　　　　2.回復期（解熱・微熱等） |
| 安静度 | 1.ベッド上安静　　　　　2.隔離室で隔離3.室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可）4.室内安静（他児との室内遊び可） |
| 処方内容 | 　　　　　　　　　　　○次回診察予定日　　月　　日（　　）※院外処方の場合は、薬剤情報提供書を持参するようにご指導ください。 |
|  診断の結果、入院加療は要しないが、一時預かりの対象として差し支えないことを診断します　　　　　年　　　月　　　日　　　　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　医　師　名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　  |

注１　診断に係る費用は申請者の負担となります。

2　病状に変化があった場合には、再度申請書の提出が必要となります。

3　病状に変化がない場合の申請書の有効期間は5日間です。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 利用日 | ／ | ／ | ／ | ／ | ／ |