

登録 番号	
----------	--

病後児保育室利用登録票

登録日：平成 年 月 日

(ふりがな) お子さんのお名前		男・女		男・女
生年月日		平成 年 月 日 (歳 月)	平成 年 月 日 (歳 月)	
保育園名		公立・私立 保育園	公立・私立 保育園	
家庭での様子	平熱	℃	℃	
	アレルギー			
	性格			
	その他			
(ふりがな) お子さんのお名前		男・女		男・女
生年月日		平成 年 月 日 (歳 月)	平成 年 月 日 (歳 月)	
保育園名		公立・私立 保育園	公立・私立 保育園	
家庭での様子	平熱	℃	℃	
	アレルギー			
	性格			
	その他			

住所		自宅 電話	
保護者氏名	印		

保護者状況			
父 氏名			
勤務先名			
勤務先住所			
勤務先 TEL		携帯 TEL	
母 氏名			
勤務先名			
勤務先住所			
勤務先 TEL		携帯 TEL	
緊急時の連絡先	父 ・ 母		

様式第3号 (第8条関係)

診療情報提供書

平成 年 月 日

病後児保育診療情報提供書

菰野町長 様

医療機関 住所
名称
医師名
電話番号

印

病後児保育の利用に当たり必要な情報について下記のとおり提供します。

児童氏名	男 女	生年 月日	平成 年 月 日 (歳 ヲ月)
住所	電話番号		
病名	01 咽頭炎・上気道炎	09	主な症状 01 発熱 02 下痢 03 嘔吐 04 咳 05 喘鳴 06 発疹 07 その他
	02 扁桃炎	10	
	03 気管支炎	11	
	04	12	
	05	13	
	06	14	
	07	15 その他 ()	
	08	16 病名不明	
症状 症状の経過 治療状況等			
病後児保育 利用期間 (最長7日間)	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 まで		
既往歴 家族歴			
安静度	01 室内保育 02 室内安静 03 その他 ()		
食事に関する 特別な指示	アレルギー あり 不明 除去食品 ()		食事形態 普・軟・その他
処方内容	与薬時間 食前 食間 食後 その他 ()		
	薬品名・用量・用法		
その他注意事項			