

## 西宮市病児保育事業 利用申込書

年 月 日

西宮市長様

次のとおり、病児保育事業の利用を申し込みます。利用に当たっては、次のことに同意します。

- ①施設の指示を守ること。
- ②利用の必要がなくなった場合は、速やかに施設へ連絡を取ること。
- ③利用料を減免する場合は、その算定に関し調査を受けること。
- ④利用児童の容態が急激に悪化した場合等の緊急時には、保護者の同意を得て医療機関での受診、治療、処置を行うこと。また、保護者に連絡が取れない場合でもこれを行うことがあること。

申請者（保護者） 住所 \_\_\_\_\_  
 氏名 \_\_\_\_\_  
 電話 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

利用児童	ふりがな 氏名 (男・女)	年 月 日 生
利用理由	就労 ・ 病気 ・ 冠婚葬祭 ・ その他 ( )	
利用申込施設	つぼみの子保育園 病児保育ルーム ・ 西宮回生病院 病児保育室 あんどろこどもクリニック 病児保育室 ・ ニコニコ桜今津灯保育園 病児保育ルーム	
利用日時	月 日 ~ 月 日	
	(変更後) 月 日 ~ 月 日	
緊急時の 連絡先	優先①氏名： (続柄： )	電話： - -
	優先②氏名： (続柄： )	電話： - -
児 童 の 状 況	病名	
	症状	1.発熱 2.下痢 3.嘔吐 4.鼻水 5.腹痛 6.発疹 7.食欲低下 8.頭痛 9.めやに 10.その他 ( )
	保育上の 注意事項	<input type="checkbox"/> 与薬あり →「与薬依頼票（裏面）」が必要です。 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 食物アレルギー ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
連絡事項	<input type="checkbox"/> 減免あり ※生活保護世帯を証明するものを提示してください。	

※薬を持参する場合は、「与薬依頼票（裏面）」が必要です。

## 与薬依頼票

### 【注意事項】

- ・医療機関で、診療情報提供書兼医師連絡票に処方内容・投薬方法を記入してもらってください。
- ・処方の変更や追加のある場合は、同じく医師の証明が必要になります。(メモで可)
- ・薬剤情報提供書がある場合には、この与薬依頼票と一緒に持ちください。
- ・薬には一回分ずつ記名し、この与薬依頼票と一緒に施設職員に手渡してください。

年 月 日 記入

依頼者	保護者氏名	
	児童氏名	
処方した医療機関名		連絡先 (            -            -            )

薬の種別 (薬の名前)	内容	与薬の方法 (用法・用量)	処方日
内服薬① (            )	風邪薬・咳止め 抗生物質・下痢止め その他 (            )	時間帯：食前・食間・食後 その他 (            )	/
		用 量：(        包 /        個 / 1回分 )	
内服薬② (            )	風邪薬・咳止め 抗生物質・下痢止め その他 (            )	時間帯：食前・食間・食後 その他 (            )	/
		用 量：(        包 /        個 / 1回分 )	
内服薬③ (            )	風邪薬・咳止め 抗生物質・下痢止め その他 (            )	時間帯：食前・食間・食後 その他 (            )	/
		用 量：(        包 /        個 / 1回分 )	
塗り薬 (            )	かゆみ止め・化膿止め 殺菌消毒 その他 (            )	回 数：(        回) その他 (            )	/
		患 部：(            )	
目 薬 (            )	かゆみ止め・化膿止め 殺菌消毒 その他 (            )	回 数：(        回) その他 (            )	/
		患 部：(            )	
その他の薬 (            )			/
注意事項			

(実施施設 記入欄)

受領者	受け取り日時・連絡事項等	与薬者	与薬日時