

実施医療機関 宛て

登録№	
町名	須恵町・宇美町・志免町

病児保育利用申込書

次のとおり病児保育の利用を申し込みます。

年	月
---	---

保護者	住所					
	氏名		児童との続柄		TEL	

児 童	ふりがな		男 女	平成・令和	年	月
	児 童 氏 名				日生	
				(	歳	か月)
	利用希望日	① 年 月 日 () ③ 年 月 日 ()				
② 年 月 日 () ④ 年 月 日 ()						

（保護者が、上の「病児保育利用申込書」をすべて記入したのち、
ここから下の部分は、病院受診の際、医師に記入を依頼してください。）

様式第3号（第6条関係）

病児保育利用連絡票

次のとおり病児保育の利用についての情報を提供いたします。

年	月
---	---

医療機関名 主治医氏名	
病名	
医師所見	症状・既往症・治療状況・経過等
現在の投薬処方	投薬品名と投薬方法
隔離の要否	要・不要
特に注意すべき 事項・指示事項	（例）食事・特異体質・薬の使用等

※次の場合は、病児保育でのお預かりができませんのでご了承ください。

◎麻しん、インフルエンザの解熱前、新型コロナウイルス感染症、結核、腸管出血性大腸菌感染症

◎同居家族の中に新型コロナウイルス感染症の陽性者がいる場合