

茨木市病児保育事業利用申込書

(提出先) 済生会茨木病院附属病児保育室ひなたぼっこ

申込者 住所 茨木市
 (保護者)氏名 _____
 緊急連絡先 _____

次のとおり病児保育事業の利用を申し込みます。なお、病状急変の場合、保護者の責任のもとで、適切に対応します。

(フリガナ) 【児童名】	年 月 日生 男 ・ 女 (歳)
保育希望期間	月 日から 月 日までの 日間

病児保育を利用するときは、意見書を医療機関(小児科医等)で記入してもらい、病児保育室ひなたぼっこ受付に提出してください。意見書又は診察の結果、利用できない場合もあります。

【急変時の対応等】

- ・ 児童の病状が急変した場合は、直ちに保護者に連絡させていただきます。
- ・ きわめて緊急性が高いと判断した場合は、医療行為を行います。その際は、診療費が別途必要になります。
- ・ 時間外の診療はかかりつけ医で受診してください。

様式第3号

茨木市病児保育事業意見書

これより下記は医療機関で記入して下さい。該当する疾病に○をしてください。

疾病等			
1 インフルエンザ	8 突発性発疹	15 気管支炎	
2 水痘	9 手足口病	16 気管支喘息	
3 流行性耳下腺炎	10 伝染性紅斑(りんご病)	17 喘息性気管支炎	
4 溶連菌感染症	11 感冒症候群	18 中耳炎・外耳炎	
5 アデノウイルス感染症	12 感冒性嘔吐症	19 結膜炎	
6 百日咳	13 感染性胃腸炎	20 膿痂疹	
7 ヘルパンギーナ	14 咽頭炎・扁桃炎	21 その他()	

*上記の病気でも、隔離等の都合上利用できないこともあります。

指示事項	
食 事	*該当項目に○をしてください。 ・普通食 ・離乳食 ・ミルク ・その他 *アレルギー食が必要なお子様はお弁当やおやつを持参してください。
投 薬	病児保育室での投薬(あり ・ なし) 処方 1 2 3

診察日(年 月 日)
 現時点では、病児保育事業の利用が可能であることを認めます。

医療機関

医 師 名

住 所

TEL