

(提出先) 病児保育室うたたね

申込者住所 茨木市

(保護者) 氏名

緊急連絡先

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

【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。

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
2	水痘	9	手足口病
3	流行性耳下腺炎	10	伝染性紅斑（りんご病）
4	溶連菌感染症	11	感冒症候群
5	アデノウイルス感染症	12	感冒性嘔吐症
6	百日咳	13	感染性胃腸炎
7	ヘルパンギーナ	14	咽頭炎・扁桃炎
		15	気管支炎
		16	気管支喘息
		17	喘息性気管支炎
		18	中耳炎・外耳炎
		19	結膜炎
		20	膿痂疹
		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（令和 年 月 日） 現時点では、病児保育事業の利用が可能なことを認めます。 医療機関 医 師 名 住 所			
		TEL	