

富田林市病児対応型病児保育事業利用申込書

(あて先) 事業実施者

住 所 富田林市

申込者

保護者氏名

Ⓜ

緊急連絡先

次のとおり病児保育の利用を申し込みます。

| | | | |
|----------------|------------------|------|----------|
| (ふりがな) 児童氏名 | | 生年月日 | 平成 年 月 日 |
| | | 性 別 | 男・女 |
| 利用希望期間 | 月 日から 月 日まで(日間) | | |

- ※病児保育を利用する時は、医療機関で下記の意見書を記入してもらい、事業実施者に提出してください。
- ※意見書又は診察の結果、利用できない場合があります。
- ※病状が急変した時は、直ちに保護者に連絡します。
- ※緊急性が高い場合は、医療行為を行います。(診療費は、別途必要になります。)

.....

医師の意見書 (これより下はかかりつけの医療機関で記入してください。)

| | | | |
|------------------------|----|---|--|
| 所見 (病名等) | | | |
| 投薬の指示事項 (薬名、用法、用量等) | | | |
| 保育上の留意点 | 安静 | <ul style="list-style-type: none"> ・特に制限なし ・ベッド等安静 ・その他() | |
| | 食事 | <ul style="list-style-type: none"> ・特に制限なし ・絶食 ・その他() | |
| その他 配慮すべき事項 | | | |

現時点で、入院治療の必要性は無く、病児保育の利用が可能であることを認めます。

診察日 平成 年 月 日

医療機関名及び電話番号

医師名

Ⓜ