

富田林市病児対応型病児保育事業利用申込書

事業実施者 様

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	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"> <li>・特に制限なし</li> <li>・ベッド等安静</li> <li>・その他( )</li> </ul>	
	食事	<ul style="list-style-type: none"> <li>・特に制限なし</li> <li>・絶食</li> <li>・その他( )</li> </ul>	
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 年 月 日

医療機関名及び電話番号

医師名

印