鹿角市病児・病後児保育事業利用申込書兼連絡票（診療情報提供書）

　鹿角市病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり申し込みます。

**【保護者記入欄】**　　　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 対象児童氏名 | ﾌﾘｶﾞﾅ | 性別 | 男・女 | | 生年月日 | 年　　月　　日 |
| 保護者氏名 |  | | | 児童との続柄 | |  |
| 事業利用希望期間 | 年　　　月　　　日　から　　　　　年　　　月　　　日　まで | | | | | |
| 利用の理由  （該当に○印） | １．保護者の勤務の都合　　２．傷病　　３．事故　　４．出産  ５．冠婚葬祭　　６．災害　　７．出張　　８．学校等の公的行事  ９．その他（社会的にやむを得ない事由）  　　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | |

※この用紙の裏面に、健康保険証及び乳幼児医療受給者証の写しを添付してください。

**【主治医記入欄】※病児保育事業利用申請の場合に使用。**

|  |  |
| --- | --- |
| 主な（傷）病名 |  |
| 主な症状 | □発熱　　□下痢　　□おう吐　　□発しん　　□湿しん  □その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 隔　　　　　離 | □必要　　　　　　　　　□必要なし |
| 保育上の留意事項  （安静度等） | □ベッド上安静  　□室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可）  　□室内保育（他児と室内で普通に遊んでよい）  　□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 現在の投薬状況及び  経過など担当医連絡欄 |  |
| 本児童は、現時点において入院の必要は認められません。  　　　　　　年　　　月　　　日  　　医療機関名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　医師名　　　　　　　　　　　　　㊞ | |
| 【担当医の先生へお願い】  　この診療情報提供書は、上記児童が鹿角市病児保育室を利用するために必要な情報を提供いただくものです。必要事項を記入のうえ、保護者にお渡しくださるようお願いいたします。  　なお、書類作成に係る費用は、診療情報提供料(Ⅰ)にてお取り扱い願います | |

※発行日を含めて7日間有効です。お問い合わせ先　鹿角市健康福祉部　すこやか子育て課　電話　0186-30-0235

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 添付書類を貼ってください  （健康保険証等の写し） | | | | |
| 利用料受領印欄 | | | | |
| １日目 | ２日目 | ３日目 | ４日目 | ５日目 |
|  |  |  |  |  |

【調査欄】（記入不要）

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 確認者  （保育士） | 確認者  （看護師） | 利用の不可  （○印） | 受付印 | 利用料区分 |
|  |  | 可　・　不可 |  | 1,000円 |
| 0円 |