

第2号様式（第7条関係）

年 月 日

(宛先) 阿久根市長

申請者（保護者）住 所
氏 名
電話番号

阿久根市病児保育事業利用申請書

ふりがな 児 童 氏 名		男・女	年 月 日生 (歳 か月)
利 用 希 望 期 間	年 月 日 ~ 年 月 日 () 日間		
在 籍 園 ・ 学 校			
家庭保育で きない理由	1 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 学校等への公的行事 9 その他 ()		
世 帯 状 況	1 生活保護世帯 2 その他の世帯 ※1の世帯については確認できる書類を添付してください。		

※医療機関記入欄

病 名	1 感冒・感冒様症候群 2 咽喉炎 3 扁桃腺炎 4 胃腸炎 5 中耳炎・外耳炎 6 気管支炎 7 喘息・喘息性気管支炎 8 結膜炎 9 とびひ 10 手足口病 11 突発性発疹症 12 伝染性紅斑 13 流行性耳下腺炎 14 麻疹 15 風疹 16 水痘 17 百日咳 18 溶連菌 19 インフルエンザ 20 R S ウイルス 21 新型コロナウイルス 22 その他 () <病名不明のとき> 23 発熱 24 下痢 25 嘔吐 26 咳嗽 27 喘鳴 28 発疹
病 状	1 発熱期 2 回復期（解熱・微熱等）
安 静 度	1 ベッド上安静 2 隔離室で隔離 3 室内安静（ベッドでの生活が主、他児との静かな遊びは可） 4 室内安静（他児との室内遊び可）
処 方 内 容	次回診察予定日 月 日 () ※院外処方の場合は、薬剤情報提供書を持参するようご指導ください。
診断の結果、入院加療は要しないが、一時預かりの対象として差し支えないことを診断します。 年 月 日 医療機関名 医 師 名	

- 注1 診断に係る費用は申請者の負担となります。
2 病状に変化があった場合には、再度申請書の提出が必要となります。
3 病状に変化がない場合の申請書の有効期間は、5日間です。

利 用 日	/	/	/	/	/
-------	---	---	---	---	---