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　20ＲＳ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。

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

　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。