

病後児保育利用登録書

年 月 日				
(あて先) 高崎市長 富岡 賢治				
申請者 (保護者)		住所 高崎市 氏名 電話 ()	印	
病後児保育事業の利用のため、次のとおり登録します。				
ふりがな 児童氏名			男 女	生年 月日
				年 月 日
家族 の 状 況	氏 名	続柄	勤務先	緊急連絡先・連絡電話番号
		父		
		母		
父親の勤務時間 時 分～ 時 分			母親の勤務時間 時 分～ 時 分	
在籍保育所・幼稚園等		電話		
健 康 保 険		記号 番号 保険者番号		
主 治 医		電話		
児童の平常の健康状態		良好 かかりやすい病気 ()		
これまでにかかった主な病気				
アレルギー 特になし ある(原因物質 食事制限の必要 あり なし)				
その他健康の留意点				

病後児保育利用申込書

年 月 日				
(あて先) 高崎市長 富岡 賢治				
申請者 (保護者)		住所 高崎市 氏名 電話 ()		印
病後児保育事業の利用を希望するので、次のとおり申し込みます。				
ふりがな 児童氏名		男 女	生年 月日	年 月 日 (歳 月)
在籍保育所・幼稚園等				
看護できない理由		1 勤務の都合 2 その他 ()		
利用期間	年 月 日から 年 月 日まで			
利用時間	午前 時 分から 午後 時 分まで			
緊急連絡先	父親 母親	自宅・勤務先 (会社名) 電話 ()		
児童の容体 が変化した 場合の処置	1. 保護者が主治医に連れて行く。 2. 提携病院で診察を受ける。 ① 診察後、保護者が主治医に連れて行く。 ② 診察後、引き続き提携病院で診療してもらいたい。 ③ 診察後、容体を観察しながら保育してもらいたい。 ④ 診察後、帰宅する。 【③の場合、提携病院の医師の所見によっては帰宅してもらいます。】			
児童の状況等で特に伝えておきたいこと。				
これまでにかかった感染症				
生活保護	無 ・ 有			
* 認定欄 (記入不要) 利用料 1 生活保護世帯 無 2 その他 2,000円				

* 注 この申込書に健康保険証及び乳幼児医療費受給者証の写し及び医療機関の発行する「診療情報提供書」を必ず添付してください。

診 療 情 報 提 供 書

（あて先）高 崎 市 長

病後児保育事業の利用について、次のとおり連絡します。

太枠内は保護者の方が記入してください。

年 月 日

ふりがな 児童氏名		男 女	生年 月日	年 月 日 (歳 月)
住 所 電 話	高崎市 ()	保護者氏名		
傷 病 名				
症 状	発熱・下痢・嘔吐・咳嗽・喘鳴・発疹・その他 ()			
診療形態	初診年月日 年 月 日			
	外 来 往 診 入 院 (年 月 日)			
	発症年月日 年 月 日			
初発・再発	1 初 発 2 再 発 (初発 年 月 日)			
症状・既往症・治療状況・退院の年月日等				
現在の投薬状況				
保育上の留意事項（安静・食事・特異体質等）				

本児童は、病後児保育事業を利用することに差し支えありません。

医療機関名