

寒河江市病児・病後児保育事業利用連絡票（初日用）

〒 ー

保護者 住所

氏名 印

（記名、押印に変えて署名でも可）

次のとおり、寒河江市病児・病後児保育事業を利用したいので提出します。

児童名	<small>（ふりがな）</small>	性別	生年月日		現在通っている施設（学校）名	
		男 女	年 月 日 （ 歳 か月）			
父	氏名		緊急連絡先	TEL		
	勤務先名等		勤務先	TEL		
母	氏名		緊急連絡先	TEL		
	勤務先名等		勤務先	TEL		
希望日時	年 月 日（ ）： ～：		年 月 日（ ）： ～：			
	年 月 日（ ）： ～：		年 月 日（ ）： ～：			
病状・症状（番号に○）	1 風邪・風邪症候群		2 咽頭炎・喉頭炎		3 扁桃炎	
	4 気管支炎・肺炎		5 喘息・喘息性気管支炎		6 胃腸炎（ノロ・ロタ・アデノ・その他）	
	7 溶連菌感染症		8 中耳炎・外耳炎		9 伝染性角結膜炎	
	10 伝染性膿痂疹（とびひ）		11 突発性発しん症		12 手足口病	
	13 伝染性紅斑（りんご病）		14 その他（ ）			
	15 外傷性疾患（骨折・捻挫・脱臼・その他）					
	※16以降は利用ができない場合があります。（ ）は、病後児保育利用の場合					
	16 おたふくかぜ（腫れて5日経っていること）					
	17 麻しん（解熱後3日経っていること）					
	18 水ぼうそう（すべての発しんがかさぶたになっていること）					
19 風しん（発しんがでてから7日経っていること）						
20 百日咳（特有の咳が消失していること）						
21 プール熱（主要症状消退後2日経っていること）						
22 インフルエンザ（発症後5日経過かつ解熱後3日経過していること）						
病名不明のとき						
23 発熱		24 下痢		25 嘔吐		
				26 喘息		
				27 発しん		
28 その他（ ）						
保護者確認事項	<input type="checkbox"/> 上記児童は、病児保育を利用できる旨を 年 月 日かかりつけ医に確認しました。					
	<input type="checkbox"/> 上記児童は、病気の回復期にあり、病後児保育を利用できる旨を 年 月 日かかりつけ医に確認しました。					
	かかりつけ医：（ ）医院・病院（ ）先生 TEL					

