

実施医療機関 宛て

登録No.	
町名	須恵町・宇美町・志免町

病児保育利用申込書

次のとおり病児保育の利用を申し込みます。

年	月	日
---	---	---

保護者	住 所					
	氏 名		児 童 と の 続 柄		TEL	

児 童	ふ り が な			男 女	平成・令和 (歳 年 月 日 生 か 月)
	児 童 氏 名				
	利用希望日	① 年 月 日()	③ 年 月 日()		
		② 年 月 日()	④ 年 月 日()		

----- (ここから下の部分は、病院受診の際、医師に記入を依頼してください。) -----

様式第3号(第6条関係)

病児保育利用連絡票

次のとおり病児保育の利用についての情報を提供いたします。

年	月	日
---	---	---

医 療 機 関 名 主 治 医 氏 名	
病 名	
医 師 所 見	症状・既往症・治療状況・経過等
現 在 の 投 薬 処 方	投薬品名と投薬方法
隔 離 の 要 否	要・不要
特 に 注 意 す べ き 事 項 ・ 指 示 事 項	(例)食事・特異体質・薬の使用等

※次の場合は、病児保育でのお預かりができませんのでご了承ください。
◎麻しん、インフルエンザの解熱前、新型コロナウイルス感染症、結核、腸管出血性大腸菌感染症
◎同居家族の中に新型コロナウイルス感染症の陽性者がいる場合