

様式第2号（第7条関係）

塩尻市病児・病後児保育事業利用申請書・利用明細書・与薬依頼書

年　月　日

(あて先) 塩尻市長

申請者（保護者）氏名

塩尻市病児・病後児保育事業を利用したいので、次のとおり申請します。

なお、病児・病後児保育事業の利用に当たり、次の事項について同意します。

①保育中に病状の急変等があり、緊急連絡先の保護者と連絡がつかない場合においても、病児・病後児保育事業の実施医療機関において治療・処置を行うこと。（病児保育事業の利用に限る。）

②記入した情報は塩尻市及び実施施設で共有すること。

③利用に係る費用については、塩尻市からの請求により速やかに支払うこと。

フリガナ		男・女	生年月日	年　月　日			
児童氏名						(　歳　)	か月)
保護者	緊急連絡先 (優先順)	氏名	続柄	電話番号			
		①					
		②					
利用期間		年　月　日 (　) から 年　月　日 (　) まで					
利用時間		時　分から 時　分まで (24時間表記)					
看護できない理由		該当する番号を○で囲んでください。 1 勤務 2 傷病 3 事故 4 その他 ()					
ご家庭での様子		1 検温 夜： 度 朝： 度					
		2 睡眠時間	時間				
		3 機嫌 良・普通・不良					
		4 症状	①鼻水 多い 少ない なし	②せき 多い 少ない なし	③喘鳴 多い 少ない なし	④嘔吐 あり(1日回) なし	
			最終(月　日　時　分ごろ)				
			⑤便 あり(硬便 普通 軟便 下痢便) なし				
			最終(月　日　時　分ごろ)				
			⑥尿 多い 普通 少ない				
			⑦発疹 あり(部位) なし				
		5 食事	①食欲 あり 普通 なし	②食事内容 夕食：			
		朝食：					
	③アレルギー あり() なし						
保育時間中に 服薬する薬の有無		あり なし					
※ありの場合は、裏面の与薬依頼書を記入してください							

【利用明細書】

利用期日	利用実績時間	費用 (保護者負担額)			保護者確認欄
1日目 年月日()	時 分～ 時 分 (時間 分利用)	利用料	実費	合計	
		円	円	円	
2日目 年月日()	時 分～ 時 分 (時間 分利用)	利用料	実費	合計	
		円	円	円	
3日目 年月日()	時 分～ 時 分 (時間 分利用)	利用料	実費	合計	
		円	円	円	
4日目 年月日()	時 分～ 時 分 (時間 分利用)	利用料	実費	合計	
		円	円	円	
5日目 年月日()	時 分～ 時 分 (時間 分利用)	利用料	実費	合計	
		円	円	円	
合計費用 (保護者負担額)		円			

与薬依頼書

与薬の責任は保護者にあることに同意の上、薬剤情報提供書またはお薬手帳のとおり、保護者に代わって与薬することを依頼します。

- (1) 保育時間中に服薬する薬 _____
- (2) 服薬方法 ①そのまま (水分と一緒に) ②コップ・スプーン・スポットで飲む
③食事に混ぜる ④その他 ()
- (3) 外用薬 あり ・ なし
①点 眼 (保育中 回) 右・左・両方 ②点耳 (保育中 回) 右・左・両方
③塗り薬 (保育中 回) ④その他 ()
- (4) 最終内服状況
・朝の服薬 あり (時 分ごろ) ・ なし
・頓用薬 あり (時 分ごろ) ・ なし
・座薬 あり (時 分ごろ) ・ なし
- (5) 今回の病気で使用した頓用薬 (頓用薬を使用していなければ記入不要)
・解熱剤 (薬剤名: _____) を ____回服用
(最終服薬時間 月 日 時 分ごろ)
・抗けいれん薬 (薬剤名: _____) を ____回服用
1回目: 月 日 時 分ごろ
2回目: 月 日 時 分ごろ
・その他の (薬剤名: _____) を ____回使用
(最終服薬時間 月 日 時 分ごろ)
- (6) エピペンの使用 (使用していなければ記入不要)
アレルギーの原因となるもの:

薬受領者氏名 : _____

与薬者氏名 : _____

(与薬時間 : 時 分ごろ)