

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 (歳 か月)
児童氏名					
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			

与藥依頼書

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・スポイトで飲む
 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（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)