

## 阿南市病児・病後児保育利用申込書

岩城クリニック  
理事長 兼田 康宏 殿

以下の記載内容のとおり、病児・病後児保育の利用を申請します。

また、この申請書を阿南市が課税状況と公的扶助に関して必要に応じて調査すること及び実施施設から利用状況の報告を受けることに同意します。

## ※利用する児童について

ふりがな			男	生年月日	年 月 日生
児童氏名			女	年 齢	満 歳 ヶ月・小学 年生
保育状況	保育所(園)、幼稚園、小学校名 ( ) ・ 家庭保育				
かかりつけ 医療機関名	施設名			担当医師	電話番号
生活保護の適用	有 ・ 無	利用料	2000円 ・ 免除		

## ※申請者保護者の連絡先

氏名	〒	勤務先	
緊急時		勤務先番号	

利用期間	令和 年 月 日 ~ 年 月 日 ( 日間)
症状	
申請理由	1. 勤務の都合      2. 傷病      3. 事故 4. 出産              5. 冠婚葬祭      6. その他 ( )
既往歴 (今までにかかった病気の番号に○をつけて下さい。)	
1 : 突発性発疹      2 : 百日咳      3 : おたふくかぜ      4 : 水痘 5 : 熱性けいれん      6 : その他 ( )	
アレルギー体質の有無	有 ( 詳細に ) ・ 無
予防接種 (これまでにうけたものに○をつけてください。)	
BCG ・ 三種混合 ( 1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加 ) ・ ポリオ ・ 麻疹風疹混合 ( 1期 ・ 2期 ) 日本脳炎 ( 1 ・ 2 ・ 追加 ) ・ おたふくかぜ ・ 水痘	
※麻疹風疹混合 (1期・2期) 未接種の方はご利用できませんのでご注意ください。	

## ※医師記入欄

病名	
----	--

該当する項目に✓をおつけください。

症状	<input type="checkbox"/> 病児(急性期) <input type="checkbox"/> 病後児(回復期) <input type="checkbox"/> 病児(急性期以外)
安静度	<input type="checkbox"/> ①室内安静 (静かな遊びも不可) <input type="checkbox"/> ②室内安静 (静かな遊びは可) <input type="checkbox"/> ③室内保育 (室内で普通に遊んでよい)
隔離	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要
処方内容	

令和 年 月 日

医療機関名

医師名

印