



(ふりがな) 児童の氏名		男 女	生年月日	年	月	日
保護者	父・氏名	( )	歳	お子さんの愛称		
	母・氏名	( )	歳	(続柄 )		
緊急連絡	父	電話 ( )	勤務先等名称			
	母	電話 ( )	勤務先等名称			
	その他	電話 ( )	勤務先等名称			
現在の保育 状況	<input type="checkbox"/> 保育園等 (名称 ) 電話 ( ) <input type="checkbox"/> 家庭・その他 ( ) 電話 ( )					
かかりつけの病院等	電話					
現在の健康状態	現在の症状					
平常時の健康状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 発育上心配なこと ( )					
利用を希望する理由	<input type="checkbox"/> 労働 <input type="checkbox"/> 職業訓練 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 看護及び介護 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 私的理由 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
利用を希望する日	年 月 日 ( ) から 年 月 日 ( ) まで					
利用を希望する時間	午前・午後 時から 午前・午後 時まで					
その他 (体質、癖等)						

様式第4号 (第11条、第22条関係)

市川市病児対応型兼病後児対応型事業情報提供書

年 月 日

医療機関  
所在地  
電話番号  
FAX 番号  
医師名

(医療機関の医師記入欄) ※該当項目にチェックしてください。

- 病児対応型事業の利用にあたり、児童が病気の回復期にないことを次のとおり診断しました。  
 病後児対応型事業の利用にあたり、児童が病気の回復期にあることを次のとおり診断しました。

(保護者記入欄)

児 童 名		性 別	男・女
生 年 月 日	年 月 日生 (満 歳)		
住 所			
保 護 者 名		連絡先	

(医療機関の医師記入欄) ※該当項目にチェックしてください。

	1 回復期にある。	2 回復期ではない。
病 名	<input type="checkbox"/> 感冒・感冒症候群 <input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 感冒性胃腸炎(嘔吐・下痢) <input type="checkbox"/> 中耳炎・外耳炎 <input type="checkbox"/> 喘息・喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 骨折等の外傷性疾患 (        ) <input type="checkbox"/> その他 (        )	
	次の疾患については、他のお子様にご感染する可能性がある期間が経過した状態である必要があります。また、必ず登園許可書を添付してください。	
主な症状	<input type="checkbox"/> 麻しん <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 <input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳嗽 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> その他 (        )	
食事に関する特別な指示	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ミルクのみ <input type="checkbox"/> 離乳食 (前期・中期・後期) <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> アレルギー食 (除去内容        ) <input type="checkbox"/> その他 (        )	
薬の処方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (        ) 薬剤アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (        ) ※ 薬を処方する場合は、薬剤情報書等の添付又はその内容を記載してください。	
その他の注意事項		

※ この文書は、保険診療 (診療情報提供料 I) の扱いとなります。

### 与薬依頼書

イーズ病児・病後児保育室

◎事前に準備していただくこと

1. 薬局からのくすりの説明書を確認しながら、与薬依頼書を記入する。
2. 薬は、1つずつ名前を書く。
3. ①記名した薬、②与薬依頼書、③薬局からのくすりの説明書の3点を持参する。

※市販の薬はお預かりできません。

※くすりの説明書がない場合は、おくすり手帳をご持参ください。

※お子様が薬への拒否が強い場合、飲みこぼした場合などは、それ以上に与薬はできません。

利用日 年 月 日 保護者署名

児童氏名		病院名	
------	--	-----	--

薬①	薬の名前：	〈与薬時間〉 ： 〈与薬者〉  〈与薬確認者〉  〈特記事項〉
	薬の種類：粉薬・シロップ・錠剤・坐薬・塗り薬 その他（ ）	
	服用時間：昼食前・昼食後・時間指定（ : ） 頓用（使用目安： ）	
	保管方法：常温・冷蔵庫・その他（ ）	
	与薬方法：そのまま・水に溶かす・その他（ ）	
薬②	薬の名前：	〈与薬時間〉 ： 〈与薬者〉  〈与薬確認者〉  〈特記事項〉
	薬の種類：粉薬・シロップ・錠剤・坐薬・塗り薬 その他（ ）	
	服用時間：昼食前・昼食後・時間指定（ : ） 頓用（使用目安： ）	
	保管方法：常温・冷蔵庫・その他（ ）	
	与薬方法：そのまま・水に溶かす・その他（ ）	
薬③	薬の名前：	〈与薬時間〉 ： 〈与薬者〉  〈与薬確認者〉  〈特記事項〉
	薬の種類：粉薬・シロップ・錠剤・坐薬・塗り薬 その他（ ）	
	服用時間：昼食前・昼食後・時間指定（ : ） 頓用（使用目安： ）	
	保管方法：常温・冷蔵庫・その他（ ）	
	与薬方法：そのまま・水に溶かす・その他（ ）	