

病後児保育利用申請書

摂津市長様

年 月 日

申請者（保護者）	氏名	_____
	住所	摂津市
	電話	() _____
	緊急連絡先	_____

次のとおり病後児保育事業の利用を申請します。 (太線内を保護者が記入してください)

フリガナ	_____	男・女	年 月 日生まれ
対象者氏名 (乳幼児)	_____		保育所(園)名 (歳児クラス)
保育希望期間	_____ 月 _____ 日から	_____ 月 _____ 日までの	_____ 日間

◎これまでにかかった病気と予防接種

	予防接種	感染	予防接種	感染
麻疹	(済・未)	(有・無)	BCG	(済・未) (有・無)
おたふく	(済・未)	(有・無)	ポリオ	(済・未) (有・無)
風疹	(済・未)	(有・無)	三種混合	(済・未) (有・無)
水痘	(済・未)	(有・無)	(百日咳・破傷風・ジフテリア)	(済・未) (有・無)
日本脳炎	(済・未)	(有・無)		

◎平熱

°C

上記により届出いたします。

平成 年 月 日

保護者氏名 _____ (印)

保護者負担額認定欄(この欄には記入しないで下さい。)

生活保護世帯 ・ 非課税世帯 ・ 課税世帯	確認印
保育所(園)名	

意 見 書 (医師記入欄)

意見書記入日	年 月 日
診 断 名	
安静の要否 与薬の有無 薬の種類 投与回数 投与方法	要 ・ 不 要 有 () ・ 無 抗生剤、その他 () 1日 回 その他 () 経口・軟こう塗布・ガーゼ交換
特に配慮を要する事項	
保育見込期間	月 日から 月 日頃までの 約 日間
主 治 医	回復期であるため、集団保育は適当ではないが病後児保育室への入室は差し支えありません。 医療機関名 医師氏名 (印) 電話番号

学校において予防すべき伝染病について

種類 学校保健法	疾患名	出席停止の期間の基準
第 二 種	インフルエンザ	解熱した後 2 日を経過するまで出席停止とする
	百日咳	特有な咳が消失するまで出席停止とする
	麻疹	発疹に伴う発熱が解熱した後 3 日を経過するまでは出席停止とする
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	耳下腺の腫張が消失するまで出席停止とする
	風疹	紅斑性の発疹が消失するまで出席停止とする
	水痘 (みずぼうそう)	すべての発疹が痂皮化するまで出席停止とする
	咽頭結膜熱	主要症状が消退した後 2 日を経過するまで出席停止とする
第 三 種	流行性角結膜炎	医師により伝染のおそれがないと認められるまで出席停止とする
	急性出血性結膜炎	医師により伝染のおそれがないと認められるまで出席停止とする
そ の 他	溶連菌感染症	抗生剤治療開始後 24 時間を経て全身状態がよければ、登校は可能である
	マイコプラズマ感染症	感染力の強い急性期が終わった後、症状が改善し、全身状態のよい者は登校可能である
	流行性嘔吐下痢症	下痢・嘔吐症状から回復した後、全身状態のよい者は登校可能である

※第二種(結核を除く)については、病状により学校医その他の医師において伝染のおそれがないと認めるときはこの限りでない。

「学校において予防すべき伝染病の解説(医療関係者用)(現文部科学省)」より、まとめる。