

神戸市病児・病後児保育事業 利用登録票

令和 年 月 日 記入

記入者名

フリガナ 氏名		男女	愛称	生年月日	平成 令和	年	月	日生 ( 歳)
住所	〒							TEL
家庭医名	TEL			保育所等名	TEL			
家族 の 状況	父・氏名	( 歳)	勤務先名	TEL				
	母・氏名	( 歳)	勤務先名	TEL				
	兄弟姉妹	歳(男・女)		歳(男・女)		歳(男・女)		
緊急時の連絡先	氏名			TEL		(対象児との続柄)		
周産期	・妊娠中の異常 なし・あり ( ) ・出生時体重 g ・出産は(予定どおり・ 日早かった・遅かった) (在胎 週) ・出産時の異常 なし・あり( )							
乳児期 の 発達	・首のすわり ( 月) ・おすわり ( 月) ・一人歩き ( 月) ・発達の遅れ(疑いあり・なし) ・栄養法 (母乳・人工・混合) ・離乳食開始時期 (前期 : 月) (中期 : 月) (後期 : 月) (幼児食 : 歳 月) ・初語(意味のある言葉) ( 歳 月)							
予防 接 種	BCG	未・済						
	MR(麻しん・風しん)	未・1期済・2期済						
	ポリオ(口生ワク 口不活化)	未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済 ※四種混合接種者は記入不要						
	□三種 □四種 混合	未・1期1回目済・2回目済・3回目済・追加						
	日本脳炎	未・1期1回目済・2回目済・追加済						
	ヒブワクチン	未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済						
	肺炎球菌	未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済						
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	未・1回目済・2回目済						
	水痘	未・1回目済・2回目済						
	B型肝炎(HB)	未・済						
その他	( )							
既往 歴	・麻しん(はしか) ・水痘(水ぼうそう) ・風しん ・百日咳 ・てんかん ・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ・川崎病 ・熱性けいれん ・気管支喘息 ・結核 ・アトピー性皮膚炎 ・その他 ( )							
食 事	嫌いな食べ物 ( ) アレルギー等で制限している食品があれば、具体的に記入してください。							
そ の 他	配慮してほしいこと等があれば、具体的に記入してください。 (生まれつきの病気や手術歴・既往歴・気になる発達の状況など)							



神戸市病児保育 医師連絡票

神戸市長 宛

医療機関 所在地  
 名称  
 医師氏名  
 電話番号

印

病児保育事業の利用に当たり必要な情報について下記のとおり提供します

児童氏名	男・女	生年月日	平成 令和 年 月 日( 歳 ヶ月)	
住 所	〒		電話番号	
病 名	<input type="checkbox"/> 上気道炎 <input type="checkbox"/> 扁桃腺炎 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 喘息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 気管支喘息 <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎 <input type="checkbox"/> ノロ <input type="checkbox"/> ロタ <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 細菌性腸炎	<input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 結膜炎(流角結を含まない) <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症 <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> インフルエンザA <input type="checkbox"/> インフルエンザB <input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> その他 (主な症状など)	
熱性けいれんの既往歴	<input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し		迅速検査の実施状況	
安 静 度	<input type="checkbox"/> ベッド上安静 <input type="checkbox"/> 隔離 <input type="checkbox"/> 準隔離 <input type="checkbox"/> 室内安静 <input type="checkbox"/> 室内保育			
食 事	<input type="checkbox"/> ミルク・母乳のみ <input type="checkbox"/> 離乳食( <input type="checkbox"/> 前期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期) <input type="checkbox"/> 幼児食 <input type="checkbox"/> 下痢食 <input type="checkbox"/> アレルギー食(除去内容 )			
その 他 注意事項	その他配慮すべき事柄があれば、具体的に記入してください。 (生まれつきの病気や手術歴・既往歴・気になる発達の状況など)			
処方内容				

※神戸市宛に情報提供した場合に診療情報提供料(I)を算定することができる(250点)  
 患者一人につき月1回に限り算定する。

## 神戸市病児保育事業 利用料減免(減免取消)申請書

令和 年 月 日

神戸市長宛

申込者 氏名 \_\_\_\_\_ 印  
(保護者) 氏名 \_\_\_\_\_

住所 \_\_\_\_\_

電話 \_\_\_\_\_

次のとおり、利用料の減免(減免取消)を受けたいので、関係書類を添えて申請します。

対象児童	氏名	生年月日	平成 令和	年	月	日	性別	男・女	
	氏名		平成 令和	年	月	日		男・女	
	氏名		平成 令和	年	月	日		男・女	
申請理由 (いずれかに○をつけてください。)		添付資料				減免後の金額			
1	生活保護受給世帯	<input type="checkbox"/> 生活保護適用証明書				全額免除(0円)			
2	市民税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 前年分の市民税非課税証明書(写でも可) <input type="checkbox"/> 寡婦(夫)控除のみなし適用に係る利用料減免証明書				全額免除(0円)			
3	所得税非課税世帯	<input type="checkbox"/> 所得税非課税を証明するもの (源泉徴収票、確定申告書などの写) <input type="checkbox"/> 利用年度の放課後児童クラブ利用料減免決定通知書(写) <input type="checkbox"/> 寡婦(夫)控除のみなし適用に係る利用料減免証明書				半額免除(1,000円)			
4	減免の取消しを申請します。								

(注) 減免の事項に該当しなくなった場合は、速やかに届け出てください。

◎ この情報は、病児保育事業以外の目的には使用しません。

カルテ番号

--	--	--	--	--

登録番号

--	--	--

こ れ ま で の 病 気	けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか? はい・いいえ		
	け い れ ん	起こしたのは、	
		・熱が出たとき ( )°C くらいの熱が出たとき 初回 _____ 歳 最後は _____ 歳 今まで _____ 回起こした	
		・熱はないが、( )の時に起こした 初回 _____ 歳	
		医師に( )と言われた 内服薬 有・無	
	喘息	はい・いいえ	内服を 毎日している・発作時のみ内服・内服はしていない
	喘息様気管支炎	はい・いいえ	吸入を 毎日している・発作時のみ・していない
	喘息・喘息様気管支炎は、どんな時に発作がしやすいですか?( )		
	アトピー性皮膚炎	はい・いいえ	治療は 何もしていない・内服薬で・外用薬で・食事療法で
	入院したこと	有・無 (病名: _____ 歳) (病名: _____ 歳) (病名: _____ 歳) (病名: _____ 歳)	
今までかかった 病気 (具体的に)			
常 備 薬	喘息・アトピー性皮膚炎・けいれん等で、常時内服しているお薬があれば、具体的にお書きください。 (内服時間も)		
内服可能なもの 水剤・粉末・錠剤		いつもの内服方法	
薬のアレルギーは ありますか? ある・ない	どんなもので起こしましたか? (薬の名前がわかれば記入して 下さい)	どんな症状を起こしましたか? (発疹・ひきつけ・呼吸困難など)	
・お子様の好きな遊び			
幼 児 の 発 達	・トイレは自分で 可・不可・トレーニング中(方法 _____)・オムツ ・食事方法 自分で可 (はし・スプーン・フォーク・その他( _____ )) 要介助 その他、何かありましたらお書きください。( _____ )		
お子様の性格をお書きください。			お子様の体重   kg

\* 以前記入されたことのある方は、変更箇所のみご記入ください