

年 月 日

宇土市長 様

(保護者)住所

氏名

電話

病児・病後児保育を利用したいので、次のとおり登録を申請します。

ふりがな 児童氏名		生年 月日	年 月 日(歳)	
在籍保育所等	電話：			
家庭の 状況	氏名	続柄	勤務先	緊急連絡先
		父	(電話：)	
		母	(電話：)	
			(電話：)	
			(電話：)	
かかりつけの 医療機関	医療機関名：		電話：	
健康保険	種類：		記号番号：	
アレルギー	なし・あり() 食事制限の必要 なし・あり()			
予防接種 (接種したものに○をしてください。)	<ul style="list-style-type: none"> ・BCG ・四種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)：第1期初回(1回・2回・3回)第1期追加 第2期(DT) ・MR(麻しん風しん)：1期 2期 ・日本脳炎：第1期初回(1回・2回)第1期追加 第2期 ・ヒブ：1回・2回・3回・追加 ・小児肺炎球菌：1回・2回・3回・追加 ・ヒトパピローマウイルス：1回・2回・3回 ・水痘(水ぼうそう) ・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ・B型肝炎 ・ロタウイルス ・インフルエンザ ・その他() 			
既往歴 (該当するものに○をしてください。)	<ul style="list-style-type: none"> ・百日せき ・麻しん(はしか) ・風しん ・水痘(水ぼうそう) ・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ・突発性発疹 ・手足口病 ・咽頭結膜熱(プール熱) ・ヘルパンギーナ ・じんましん ・伝染性紅斑(りんご病) ・アトピー性皮膚炎 ・結核 ・伝染性膿痂疹(とびひ) ・熱性けいれん ・喘息 ・その他() 			
その他	体質やくせ等、心配なことや配慮して欲しいことなど			

同意書

宇土市長 様

私は、病児・病後児保育事業を利用するに当たり、次の内容について同意いたします。

- 1 利用の際は、かかりつけ医に受診し、利用申請書及び病状連絡票を提出すること。また、かかりつけ医に受診した後、利用当日に病状悪化により、利用できない場合があること。
- 2 児童の症状が急変し、保育の継続が困難と判断された場合は、病児・病後児保育事業の実施施設からの連絡により、利用途中であっても迎えに来ること。
- 3 児童の症状が急激に悪化した緊急時には、保護者に連絡せずに、医療機関に搬送を行い、受診・治療措置が行われる場合があること。なお、その際発生する医療費等は、保護者が負担すること。
- 4 児童の保育に当たっては、細心の注意を払い感染防止の徹底に努めるが、やむを得ず実施施設内で児童の相互感染が起こった場合は、当該実施施設は責任を負わないこと。
- 5 医師から与薬の指示がある場合、看護師、保育士等が対応すること。
- 6 実施施設から指示された預かり時間は厳守すること。
- 7 万一の事故については、実施施設において加入する保険をもって全ての解決を行うこと。
- 8 登録及び利用申請において宇土市が知り得た情報は、病児・病後児保育事業の範囲内において、実施施設に提供されること。また、必要に応じて医療機関に提供される場合があること。

年 月 日

住 所 _____

保護者氏名 _____

児 童 名 _____