

様式第1号(第8条関係)

宇土市病児・病後児保育事業登録申請書

年 月 日

宇土市長 様

(保護者)住所

氏名

電話番号

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		性別	生年月日	
登録児童氏名		(男・女)	年	月 日
在籍保育所等	電話：			
家庭の状況	ふりがな 氏名	続柄	勤務先等名 (電話番号)	緊急連絡先
		父	(電話：)	
		母	(電話：)	
			(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(名称)：		記号番号：	
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
	<input type="checkbox"/> 医療機関で検査済み <input type="checkbox"/> 検査はしていないが、可能性がある			
	食事制限(アレルギーがある場合は記入)			
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			

予防接種	
BCG	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種
ヒブ	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加
四種混合	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 第1期追加 <input type="checkbox"/> 第2期(DT)
五種混合	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 第1期追加
MR(麻しん・風しん)	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 第1期 <input type="checkbox"/> 第2期
日本脳炎	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 追加 <input type="checkbox"/> 第2期
小児肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加
ヒトパピローマウイルス	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
水痘(水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目
流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種
B型肝炎	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目
ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種
インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種
その他	
既往歴	<input type="checkbox"/> 百日せき <input type="checkbox"/> 麻しん(はしか) <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱(プール熱) <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 伝染性膿痂疹(とびひ) <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他 ()

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 _____