

病児保育事業利用登録申込書

大和市長 あて

次のとおり病児保育事業の利用登録を申し込みます。

申請者 (保護者)	フリガナ		住所	〒 -			
	氏名						
	続柄		電話				
	勤務先名		勤務先				
	電話		住所				
児童	フリガナ		生年月日	平成	年	月	日
	氏名		性別	男・女	年齢	歳	
	通園施設	施設名		電話			
生活保護受給の有無		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (有の場合、受給者証を提示してください。)					
主治医 (かかりつけ医)	医療機関名		担当医師		電話番号		

既往歴 (今までかかった病気の番号に○印を付けてください。)

1. 突発性発疹	11. 熱性けいれん	初回	歳
2. 麻疹 (はしか)		最後は	歳
3. 水痘 (水ぼうそう)		これまでに	回
4. 風疹 (三日ばしか)	12. 食物アレルギー (内容・配慮事項)		
5. 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)			
6. 百日咳			
7. 喘息・喘息様気管支炎 (毎日薬を飲んで いる・いない・発作時) (毎日吸入をして いる・いない・発作時)			
8. アトピー性皮膚炎	13. その他 (病気・入院歴・常備薬等)		
9. 川崎病 (心臓合併症 あり・なし)			
10. B型肝炎			

病児保育施設使用欄

更新日	/	/	/
サイン			

予防接種の状況（これまで受けたものとその回数等に○印を付けてください。）

・四種混合（百日咳・ジフテリア・破傷風・不活化ポリオ）	1回・2回・3回・4回
・三種混合（百日咳・ジフテリア・破傷風）第1期初回	（1回・2回・3回） 第1期追加
・ポリオ	生ポリオ（1回・2回）、不活化ポリオ（1回・2回・3回・4回）
・BCG	1回
・MR（麻疹・風疹）	1期・2期
・日本脳炎	第1期（1回・2回・3回）、第2期
・ヒブ	1回・2回・3回・4回
・肺炎球菌	1回・2回・3回・4回
・おたふくかぜ	1回・2回
・水痘（水ぼうそう）	1回・2回
・B型肝炎	1回・2回・3回
・ロタウイルス	1価（1回・2回）、5価（1回・2回・3回）
・その他	（ ）

※予防接種欄は、母子手帳で確認してご記入ください。

保育資料（日常生活の状況について記入してください。）

健康状態	健康・身体での留意点（体質・障がい 等）					
食 事	<input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> ミルク <input type="checkbox"/> 離乳食（初：ごっくん期／中：もぐもぐ期／後：かみかみ期／完：パクパク期） <input type="checkbox"/> 幼児食・普通食					
	食べ方	<input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 手づかみ <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> おはし				
	飲み方	<input type="checkbox"/> 哺乳瓶 <input type="checkbox"/> マグ <input type="checkbox"/> コップ				
	好き嫌い その他					
睡 眠	昼 寝	<input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> する（ 時 ～ 時）				
	く せ					
排 泄	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> 自立					
	日常の便の様子： <input type="checkbox"/> 固 <input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 軟 （回数 回／日）					
好きな遊び 人見知り						
一日の流れ	6時	9時	12時	15時	18時	21時

同意書

私は、病児保育事業を利用するにあたり、下記の内容を了承し、同意します。

記

- 1 診療情報提供書を提出しても、児童の状態により利用できない場合があること。
- 2 利用中は、病児保育室の指示事項を守ること。
また、これに反する場合は利用できなくなることがあること。
- 3 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、利用を中止する場合があること。
また、その際は、速やかに迎えに来ること。
- 4 児童の症状が急変し、病児保育室の職員が医療機関での受診が必要と判断した場合は、保護者と連絡が取れない場合であっても受診し、医師の診断に基づき医療行為を行うことがあること。
また、その際発生する医療費等は、保護者が負担すること。(市立病院での受診には、非紹介者の初診時選定療養費として1,800円(税別)がかかります。)
- 5 細心の注意を払っているが、施設の性質上、病児保育室内での利用児童同士の感染が起こる可能性があること。
- 6 病児保育室から指示された預かり時間は厳守すること。

大和市長 あて

平成 年 月 日

保護者(署名)
