赤穂市病児・病後児保育事業利用登録申請書兼同意書

　　年　　月　　日

赤 穂 市 長　　宛

申請者氏名（保護者）

住　　所

電話番号

※下記該当する事項に☑チェック、または必要事項を記載してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児　　童の氏名・住所 | フ リ ガ ナ |  | 性　　　別 | □男　　　□女 |
| 氏　　　名 |  | 生 年 月 日 | 　　　　年　　　月　　　日生 |
| 住　　　所 |  | 年　　　齢 | 　　　　歳　　　か月 |
| 通園・通学施　設　等 | □保育所、幼稚園、学校等に通園（通学）している　　　□通園（通学）していない（施設名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　　　　） |
| 主　治　医 | 医療機関名： |
| 担当医師 |
| 保護者の状　　況 | 氏　　　　名 | 続 柄 | 勤　務　先　名 | 電話番号 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| 緊急連絡先 | ①氏名（　　　　　　　続柄　　　）勤務先等（　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　） |
| ②氏名（　　　　　　　続柄　　　）勤務先等（　　　　　　　　　　　　　TEL　　　　　　　　） |
| アレルギー | □無　　□有（症状　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 既　往　歴 | □突発性発しん　　　　　　　□異型肺炎（マイコプラズマ肺炎）　　　□麻しん（はしか）□とびひ　　　　　　　　　　□水痘（みずぼうそう）　　　　　　　　□喘息□風しん（三日ばしか）　　　□アトピー性皮膚炎　治療（□内服薬　　□食事療法）□咽頭性結膜炎（プール熱）　□流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　　　□川崎病□百日咳　　　　　　　　　　□熱性けいれん　　　　　　　　　　　　□ヘルパンギーナ□食物アレルギー（□乳　□卵　□そば　□小麦　□大豆　□その他　　　　　　　　）□手足口病　　　　　　　　　□伝染性紅斑（りんご病）　　　　　　□中耳炎□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 予 防 接 種 | □ＢＣＧ　　　　　　　　□水痘（みずぼうそう）　　　　　　　□ヒブ感染症□肺炎球菌　　　　　　　□ＭＲ混合（麻しん・風しん）　　　　□流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）□日本脳炎（　初回　・　２回目　・　３回目　・　追加　）　　□インフルエンザ□四種混合（　初回　・　２回目　・　３回目　・　追加　）　　□ポリオ（　初回　・　２回目　）□三種混合（　初回　・　２回目　・　３回目　・　追加　）□その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| そ　の　他 | □ひきつけ　　有　　・　　無　　　　　　　　　□脱臼　　有　　・無　　　□ヘルニア　　有　　・　　無　　　　　　　　　□過去に大きな病気や怪我をしたことがある |

※裏面に同意書があります。

（裏）

同　　　　意　　　　書

私は、赤穂市病児・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します。

１　利用中は、病児・病後児保育室の指示に従ってください。また、これに反する場合は、病児・病後児保育事業を利用できなくなる場合があります。

２　児童の症状が悪化し、保育の継続が困難と判断された場合には、実施施設から連絡しますので、利用途中であっても保護者の方が迎えに来てください。

３　児童の症状が急激に悪化した緊急時には、保護者の方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ります。なお、その際発生する医療費等は、保護者の方の負担となります。

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ますが、やむを得ず病児・病後児保育室内で児童の相互感染が起こる場合があります。

５　病児・病後児保育室より指示された預かり時間は厳守してください。

６　利用料の算定に当たり、赤穂市職員が調査を行います。また、その結果を実施施設に通知します。

７　登録及び利用申込みにおいて、赤穂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、病児・病後児保育事業実施施設に提供されます。また、必要に応じて医療機

関に提供される場合があります。

　８　事業実施に当たり、万一、児童の相互感染や事故が発生しても、施設側の故意又は重過失である場合を除き、赤穂市及び当該実施施設は責任を負いません。

　　　年　　　月　　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名