

(表)

様式第1号 (第9条関係)

阿久比町病児・病後児保育事業利用登録申請書兼同意書

年 月 日

阿久比町長 殿

保護者 住 所 _____
氏 名 _____
電話番号 _____

阿久比町病児・病後児保育事業実施要綱第9条第1項の規定により、次のとおり申請します。

児 童の 氏名・住所	フリガナ		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏 名		生年月日	年 月 日生(歳 か月)
	住 所			
通園・通学 施設等	<input type="checkbox"/> 保育所、幼稚園、学校等に通園(通学)している (施設名: _____)		<input type="checkbox"/> 通園(通学)していない 電話番号 _____)	
主 治 医	医療機関名: _____		電話番号 _____	
	医療機関名: _____		電話番号 _____	
保護者の 状 況 ・ 緊急連絡先	氏 名	続 柄	勤 務 先 名	電 話 番 号
				勤務先
				緊急時
				勤務先
				緊急時
				勤務先
			緊急時	
同意事項	<p>私は、阿久比町病児・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。</p> <ol style="list-style-type: none">1 利用中は、阿久比町が病児・病後児保育事業の実施を委託した施設(以下「実施施設」という。)の指示に従うこと。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ること。2 児童の症状が悪化し、保育の継続が困難と実施施設が判断し保護者に連絡があった場合は、利用途中であっても速やかに迎えに来ること。3 児童の症状が急激に悪化した緊急時には、保護者の了解を得ないまま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、保護者の負担とすること。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、阿久比町及び当該実施施設は責任を負わないこと。5 実施施設より指示された預かり時間を厳守すること。6 登録及び利用申込みにおいて、阿久比町が知り得た情報は、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、また、必要に応じて医療機関等に提供される場合があること。 <p style="text-align: right;">保護者氏名 _____</p>			

※母子手帳をお持ちください。
※裏面もご記入ください。

※町 記入 欄	登録番号	
	登録年月日	年 月 日
	登録時年齢	歳 か月

(裏)

児童氏名 _____

病児・病後児保育を利用する児童の状況について、次の該当する項目に☑チェック、又は必要事項を記入してください。

○予防接種の記録

予 防 接 種	0歳児	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌（1回目・2回目・3回目） <input type="checkbox"/> B型肝炎（1回目・2回目・3回目） <input type="checkbox"/> ロタ：ロタテック（1回目・2回目・3回目） <input type="checkbox"/> 四種混合（1回目・2回目・3回目）	<input type="checkbox"/> ヒブ（1回目・2回目・3回目） <input type="checkbox"/> ロタリックス（1回目・2回目） <input type="checkbox"/> BCG（接種済・接種未）
	1歳児	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌（追加） <input type="checkbox"/> MR（1回目）	<input type="checkbox"/> ヒブ（追加） <input type="checkbox"/> 水痘（1回目・2回目） <input type="checkbox"/> 四種混合（追加）
	年少児（3歳）	<input type="checkbox"/> 日本脳炎（1期1回目・2回目）	
	年中児（4歳）	<input type="checkbox"/> 日本脳炎（1期追加）	
	年長児（5歳）	<input type="checkbox"/> MR（2回目）	
	9歳以上	<input type="checkbox"/> 日本脳炎（2回目）13歳までに接種	
	任意接種	<input type="checkbox"/> ムンプス（1回目・2回目） <input type="checkbox"/> インフルエンザ（12か月以内に接種）	
その他	<input type="checkbox"/> ポリオ：生（1回目・2回目）・不活化（1回目・2回目・3回目・4回目） <input type="checkbox"/> 三種混合（1回目・2回目・3回目・追加） <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		

○過去にかかった感染症（既往歴）の状況

既 往 歴	<input type="checkbox"/> 突発性発しん	<input type="checkbox"/> 風しん（三日ばしか）	<input type="checkbox"/> 麻疹（はしか）
	<input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう）	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	<input type="checkbox"/> 手足口病
	<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑（りんご病）	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> 咽頭性結膜炎（プール熱）
	<input type="checkbox"/> 結核	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> 肺炎
	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん	<input type="checkbox"/> 喘息	<input type="checkbox"/> 川崎病
	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 治療（ <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 食事療法）		
	<input type="checkbox"/> アレルギー（ <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他 _____）		
	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		

○その他留意事項

そ の 他	常時服用する薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ _____ ）
	持病・先天性疾患 など	<input type="checkbox"/> 持病・先天性疾患 無・有（ _____ ） <input type="checkbox"/> 出産時の異常 無・有（ _____ ）
	入院の経験等	<input type="checkbox"/> 入院の経験 無・有（ _____ ） <input type="checkbox"/> ひきつけ 無・有 <input type="checkbox"/> 脱臼 無・有 <input type="checkbox"/> 過去に大きな病気や怪我をしたことがある
	その他心配なこと。配慮して欲しいこと。等について記入してください。	