

様式第1号（第7条関係）

相生市病後児保育利用登録書

平成 年 月 日

（あて先）相生市長
（実施施設長）

〒
保護者 住 所 _____
氏 名 _____ (印)
(電話 -)

病後児保育事業を利用したいので、次のとおり利用登録を依頼します。

児童の氏名 (生年月日・年齢)	(男・女) (年 月 日生 歳 ヶ月)	申請者 との続柄	
在籍する保育所等	(電話 -)		
通院している医療機関	医療機関の名称	担当医師の氏名	(電話 -)
加入している 健康保険	保険の種類 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 政管 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> その他 () 記号番号 保険者番号		
緊急時の 連絡先	<input type="checkbox"/> 父の勤務先 (会社名等	電話	-)
	<input type="checkbox"/> 母の勤務先 (会社名等	電話	-)
	<input type="checkbox"/> その他 (氏名 児童との続柄	電話	-)
アレルギーの 有 無	<input type="checkbox"/> 有 (症状) <input type="checkbox"/> 無		
既往症 (今までにかかった病気に印をつけてください。)			
<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 風疹 (三日ばしか) <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎 (プール熱) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 感染性紅斑 (リンゴ病) <input type="checkbox"/> 熱性ケイレン <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 異型肺炎 (マイコプラズマ肺炎) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (ミルク・卵・鶏肉・牛肉・ソバ・大豆・その他) <input type="checkbox"/> その他 ()			
予防接種 (今までに受けたものに印をつけてください。)			
<input type="checkbox"/> B. C. G (結核) <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> M. M. R (はしか、おたふく、三日ばしか、混合) <input type="checkbox"/> 風疹 (三日ばしか) <input type="checkbox"/> D. P. T (百日咳、ジフテリア、破傷風、混合) <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 二種混合 (ジフテリア、破傷風、混合) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他 ()			
保育上注意してほしいこと			

(裏面)

同意書

児 童	フリガナ		生年月日		年	月	日
	氏 名		性別	男・女	年齢		歳

- ① 利用中は、相生市及び施設職員の指示を守ること。
- ② 児童の症状が急激に悪化する緊急時には、保護者の同意を得た上で、医療機関での受診、治療、処置が行なわれること。また、保護者との連絡が取れない場合でも、これらが行なわれることがあること。
なお、その際発生する医療費等は、保護者が負担すること。
- ③ 実施施設は、細心の注意を払って事業を実施するが、やむを得ず病後児保育室内で利用児童同士の感染が起こった場合、相生市及び当該実施施設は責任を負わないこと。
- ④ 登録や利用申込において相生市が知りえた情報は、病後児保育事業の範囲において、病後児保育事業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。
- ⑤ 児童が施設を利用した際、病後児保育連絡票を記入した医療機関と実施施設職員との間で、利用児童の病状や入所時の状況、在所中の様子等について情報を交換する場合があること。
- ⑥ 利用者の負担額の算定にあたって、相生市職員が、調査を行うこと。また、その結果を実施施設に通知すること。
- ⑦ 事業実施にあたり、万一事故等が発生しても、施設側の故意又は重過失である場合を除き、相生市及び当該実施施設は責任を負わないこと。

(あて先) 相生市長
(実施施設長)

私は、病後児保育事業の利用に当たり、上記項目に同意します。

年 月 日

保護者氏名 _____ (印)

(必ず申請者本人が署名してください)