

猪名川町 病児保育事業利用登録申請書

猪名川町長 様

申請者名 _____

電話番号 _____

※下記該当する事項□にチェック願います。さらに該当する項目に○又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	<input type="checkbox"/> 男	<input type="checkbox"/> 女
	氏名		生年月日	年	月 日生
	住所		年齢	歳	か月
通園・通学施設等について	<input type="checkbox"/> 保育所、幼稚園、学校等に通園(通学)している (施設名: _____ Tel: _____)		<input type="checkbox"/> 通園(通学)していない		
主治医	医療機関名: _____ Tel: _____				
	担当医師				
家族の 状況	父・氏名	勤務先名	Tel: _____		
	母・氏名	勤務先名	Tel: _____		
	兄弟姉妹	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)	
緊急連絡先	連絡先		Tel: _____		
	連絡先		Tel: _____		
アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(_____)					
既往歴 <input type="checkbox"/> 突発性発しん <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 麻しん(はしか) 治療: (内服薬 食事療法) <input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう) <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 風しん(三日ばしか) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <ミルク 卵 そば 大豆 小麦 その他(_____)> <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> その他 (_____)					
予防接種 <input type="checkbox"/> BCG 未・済 <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ) 未・済 <input type="checkbox"/> 日本脳炎 未・(初回、2回目、1期追加) <input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう) 未・済 <input type="checkbox"/> 四種混合 未・(I 期1回目 ・ 2回目 ・ <input type="checkbox"/> ヒブ感染症 未・済 3回目 ・ 追加) <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 未・済 <input type="checkbox"/> 麻しん(はしか)・風しん(MR)混合未・済 <input type="checkbox"/> インフルエンザ(_____ 歳) <input type="checkbox"/> その他 (_____)					
配慮してほしい点 (食事制限、薬物アレルギー等)・生活上、気になる点 ※ <u>アレルギー食について対応していませんので弁当や飲み物をご持参ください。</u>					
下記太枠は記入しないでください。					
			登録日	年 月 日	
			登録番号		
				有 無	

※ 裏面の「同意書」もご記入ください。

同意書

猪名川町長 様

私は、猪名川町病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 利用の際は、かかりつけ医に受診し、実施施設に利用申込書(様式第2号)及び医師連絡票(様式第3号)を提出すること。また、かかりつけ医に受診した後、利用当日の児童の症状の悪化等により、利用できない場合があること。
- 2 利用申込時に、既に利用定員を満たしているときは、利用できないこと。
- 3 実施施設が必要と認めるときは、実施施設の指定する医師の診察又は診断を受けなければならないこと。この場合において、当該診察又は診断に要する費用は、保護者の負担とすること。
- 4 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、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。
- 5 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。
- 6 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。
- 7 実施施設から指示された預かり時間は厳守すること。
- 8 病児保育の利用者負担となる病児保育利用料を確認するため、猪名川町が公的扶助及び住民税に係る資料を閲覧し、情報を得ること。
- 9 登録及び利用申込において猪名川町が知り得た情報は、病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。
- 10 感染のおそれ等により、施設が利用できないことが発生した場合には、実施施設の指示に従うこと。

年 月 日

住 所 _____

保護者氏名 _____ 印

児童氏名 _____