

年 月 日

病後児保育事業利用届

洲本市長

様

申請者 (保護者)

住所

氏名

病後児保育事業を利用したいので、次のとおり届け出ます。

登録 児童	ふりがな		性別	生 年 月 日	
	氏 名		男・女	年 月 日生 (歳 か月)	
	自宅住所：(〒 -)		電話：		
	掛かり付け医	医療機関名	担当医師		
	通所施設名	電話：			
	兄弟・姉妹	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)
保 護 者	氏 名	(歳)	勤務先名	電話	
		続柄【 】	携帯電話		
	氏 名	(歳)	勤務先名	電話	
		続柄【 】	携帯電話		
緊急連絡先		第1連絡先	電話： (対象児童との続柄)		
		第2連絡先	電話： (対象児童との続柄)		
出生時の異常	無し・有り	発育・発達	普通・少し遅れていると思う・分からない		
予 防 接 種	5種混合	1回目・2回目	インフルエンザ菌b型 (Hib)	1回目・2回目・3回目・追加	
		3回目・追加	4種混合	1回目・2回目・3回目・追加	
	小児用肺炎球菌		1回目・2回目・3回目・追加		
	BCG	未・済	B型肝炎	1回目・2回目・3回目	
	麻疹・風しん	1期・2期	日本脳炎	1回目・2回目・追加	
水痘 (水ぼうそう)	1回目・2回目	その他			
これまでにかかった主な感染症や病気 ※かかった病気に○をつけてください					
1. 突発性発しん 2. 麻疹 3. 風しん 4. 水ぼうそう 5. 流行性耳下腺炎 6. 熱性けいれん (回数 回) 最終発作日 (年 月 日) 座薬の指示 (有り・無し) 7. アトピー性皮膚炎 8. ぜん息 (継続治療中・悪化時治療のみ) 9. その他 ()					
入院歴	無し・有り (病名： 歳 か月) (病名： 歳 か月)				
常時服用している薬	無し・有り (内服 外用 座薬 吸入 点鼻 点眼 その他) (具体的に：)				
アレルギー	無し・有り	食事制限	無し・有り (具体的に：)		
その他	体質 (薬物アレルギー等) やくせなど、心配なことや配慮してほしいことについてお書きください				

(裏面)

同 意 書

児童	ふりがな		生年月日	年 月 日
	氏 名		性 別	男 ・ 女

- 1 洲本市病後児保育事業実施要綱の規定及び市職員の指示を遵守すること。
- 2 届出をした事項に変更が生じた場合は、14 日以内に、その内容を市長に届け出ること。
- 3 児童の病状の急変が生じた場合は、当該児童を医療機関に受診させ、治療、処置等を行わせることがあること。また、その際に要した費用は、保護者の負担とすること。
- 4 登録、利用申込み等により市が知り得た情報は、事業の実施に必要な範囲において、医療機関等に提供される場合があること。
- 5 児童の病状、入所時の状況、在所中の様子等について、医師連絡票を記入した医療機関と市との間で情報を交換する場合があること。
- 6 市職員の故意又は過失によらない感染、事故等について、市は責任を負わないこと。

私は、病後児保育事業の利用に当たり、上記の項目に同意します。

年 月 日

洲本市長

様

保護者氏名