

香南市長 様

申請者(保護者)住所  
氏名 (児童との続柄: )

香南市病後児保育事業登録申請書兼同意書

下記のとおり、香南市病後児保育事業を利用したいので申請します。

|              |  |                            |           |              |         |
|--------------|--|----------------------------|-----------|--------------|---------|
| フリガナ<br>児童氏名 |  |                            | 生年月日      | 年 月 日( 歳 か月) |         |
| 住所           |  |                            |           | 自宅電話         | - -     |
| 通所施設名        | ( ) 保育園・認定こども園・幼稚園・小学校   |                            |           |              |         |
| 保護者の連絡先      |  | 続柄                         | 携帯電話番号    | 勤務先          | 勤務先電話番号 |
| 氏名           |  |                            | - -       |              | - -     |
| 氏名           |  |                            | - -       |              | - -     |
| 緊急連絡先(2箇所)   |  |                            | 連絡先       |              | 電話番号    |
| 緊急時の連絡先      |  | ①                          |           |              | - -     |
|              |  | ②                          |           |              | - -     |
| かかりつけ医       | 医療機関名  |                            |           | 電話番号         | - -     |
| 持病の有無        | 無・有( )   |                            |           |              |         |
| 生育歴          | 出産時の異常 なし・あり( )  |                            | 出生体重 ( )g |              |         |
|              | 出産時期 在胎( )週  |                            | 平熱 ( )℃   |              |         |
| 予防接種         | 四種混合(三種混合)   | 未接種・接種済 (1期 1回・2回・3回) 1期追加 |           |              |         |
|              | ヒブ   | 未接種・接種済 (1期 1回・2回・3回) 1期追加 |           |              |         |
|              | 肺炎球菌   | 未接種・接種済 (1期 1回・2回・3回) 1期追加 |           |              |         |
|              | 水痘(水ぼうそう)  | 未接種・接種済 (1回・2回)            |           |              |         |
|              | MR(麻しん・風しん混合)  | 未接種・接種済 (1期・2期)            |           |              |         |
|              | BCG  | 未接種・接種済                    |           |              |         |
|              | 日本脳炎   | 未接種・接種済 (1期 1回・2回・追加) 2期   |           |              |         |
| その他          |  |                            |           |              |         |
| 既往歴          | 突発性発疹 麻疹(はしか) 水痘(水ぼうそう) 風疹 百日咳 喘息<br>流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 肺炎 中耳炎 その他( )<br>※これまでに入院したことがありますか(いつ頃 ) (病名 ) |                            |           |              |         |

(裏面に続く)

(裏面)

|                         |   |
|-------------------------|---|
| 薬                       | ※常時内服している薬又は吸入、軟膏などがありますか なし ・ あり ( )   |
| 食品                      | アレルギー なし ・ あり ( )<br>※制限している食品があれば記入してください。   |
| 熱性けいれんの既往がある方は、お答えください。 | これまで( )回 起こしたときは(熱が上がる時 熱が下がる時)<br>※最終けいれんはいつですか( )<br>※熱が上がった時は薬を使用しますか する( ) ・ しない        |
| 保育                      | 薬の飲み方 (薬を嫌がる・嫌がらない) 粉薬(水に溶かす・そのまま口に入れる)<br>※どのような方法で薬を飲ませていますか( )<br>※泣いたとき、落ち着く方法はありますか( ) |
| その他                     | ※体質やくせ、御心配や配慮して欲しいことがあれば御記入ください。<br>( )   |
| 世帯の状況                   | 1. 生活保護世帯 2. 市民税非課税世帯 3. その他の世帯 ( )   |

下記の内容に同意し、香南市病後児保育事業の登録を申請します。

- 1 「病後児保育利用に係る診療情報提供書(利用連絡票)」があっても、当日の児童の状態などにより利用できない場合があること。
- 2 利用当日に容体が急変したときは緊急連絡をするので、早急に施設へ来所し、その後の対応をすること。なお、緊急連絡に応じられなかった場合の事故等については、施設の瑕疵による場合を除き、施設は一切の責任を負わないこと。
- 3 児童の症状が急変するなどの緊急時には、保護者の同意を得ずに児童を医療機関に受診させ、治療及び処置を行う場合があること。
- 4 利用申請等において知り得た情報は、病後児保育事業の範囲内において利用されること。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 病後児保育施設の利用時間を厳守し、利用時間内に責任をもって児童を送迎すること。
- 6 市が使用料の決定に必要な市町村民税の情報(生計同一世帯員分を含む。)及び世帯情報を閲覧すること。

保護者氏名(自署)

|      |     |       |
|------|-----|-------|
| 登録番号 | 受付者 | 受付日   |
|      |     | 年 月 日 |