

登録番号：

田村市病児・病後児保育事業利用登録申請書

年 月 日

田村市長 様

申込者 住 所

氏 名

電話番号

病児・病後児保育事業の利用登録について、次の同意事項を承諾して申し込みます。

ふりがな		性別	生年月日	登録時の年齢	
児童氏名		男・女	年 月 日	歳 カ月	
在籍施設名	電話				
緊急連絡先	氏 名		続柄	携 帯 電 話	
	勤務先			勤務先電話	
	氏 名		続柄	携 帯 電 話	
	勤務先			勤務先電話	
緊急連絡先以外の同居家族	ふりがな 氏 名	続柄	生年月日	勤務先名	勤務先電話
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
			年 月 日		
かかりつけ医	医療機関名・医師名等				
	電話				
広域利用 市町村名					

(裏)

既往歴	※ 今までにかかった病気などに○をつけてください。(母子手帳等確認) 1 突発性発疹 2 麻疹(はしか) 3 水痘(水ぼうそう) 4 風しん 5 咽頭結膜炎 6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 7 百日せき 8 ヘルパンギーナ 9 肺炎 10 とびひ 11 B型肝炎(キャリアーを含む) 12 ぜんそく・ぜんそく様気管支炎(薬の服用は毎日・不調時のみ) 13 アトピー性皮膚炎 14 川崎病(心臓合併症はあり・なし) 15 熱性けいれん (初回 歳 ヶ月、最後 歳 ヶ月、これまで 回) (座薬の指示はある・ない) 16 てんかん 17 食物アレルギー(牛乳・卵・大豆・小麦・その他:) 18 薬物アレルギー() 19 その他具体的に記入してください ()
予防接種	※ これまで受けたものと回数に○をつけてください。 1 五種混合Ⅰ期(1回目・2回目・3回目・追加) 2 四種混合Ⅰ期(1回目・2回目・3回目・追加) 3 三種混合Ⅰ期(1回目・2回目・3回目・追加) 4 不活化ポリオ(1回目・2回目・3回目・追加) 5 麻疹風しん混合(1期・2期) 6 日本脳炎Ⅰ期(1回目・2回目・追加) 7 BCG 8 Hib感染症(1回目・2回目・3回目・追加) 9 小児用肺炎球菌(1回目・2回目・3回目・追加) 10 水痘(1回目・2回目) 11 B型肝炎(1回目・2回目・3回目) 12 ロタウイルス感染症(2回接種・3回接種) 13 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)(1回目・2回目) 14 インフルエンザ(最近受けたのは 年 月) 15 その他()
入院の経験	1 ない 2 ある (歳 ヶ月 病名:) (歳 ヶ月 病名:)
常時内服している薬	1 ない 2 ある ※具体的に記入()
その他	※ アレルギーなど心配なことや、配慮して欲しいことについて記入してください。

世帯状況 (いずれかに○)	1 生活保護世帯、市町村民税非課税世帯 ※病児・病後児保育を利用するに当たり、保育料確認のため私の世帯課税状況を調査することに同意します。 保護者氏名(自署) _____ 2 その他の世帯
同意事項	私は、病児・病後児保育を利用するに当たり、下記の内容に同意します。 保護者氏名(自署) _____ 1 本申込書の写しを病児・病後児保育事業実施施設に提供すること。 2 利用の際は、実施施設の指示を遵守すること。 3 児童の状態が悪化した場合には、保護者が引き取ること。また、保護者に連絡が取れない場合など児童の状態が緊急を要する場合は医師の判断で保護者の了解を得ないまま治療が行われることがあること。 なお、その際に発生する医療費等は保護者が負担すること。 4 実施施設は、細心の注意を払って事業を実施するが、やむを得ず保育室内で子ども同士の感染がおこった場合は、当該実施施設は責任を負わないこと。
広域利用市町村名 _____	