

登録番号

病児・病後児保育利用登録申請書

年 月 日

（宛先）津市長

（〒 ）

住 所

保護者 氏 名

電 話

※自署でない場合は押印が必要です。

次のとおり病児・病後児保育の利用登録を受けたいので申請します。

ふりがな				男・女	年 月 日生
児 童 名					
通園中の施設名	(保育園、幼稚園、その他)				
生活保護法による保護の状況	1 受けている	2 受けていない	一人親家庭等の状況 (該当する場合)	1 母子家庭	2 父子家庭 3 その他
緊急連絡先	電話				
健康保険被保険者番号	記号	番号	医療費受給資格証番号		
予 防 接 種	ポリオ：受けた（1回、2回、3回、追加）・受けていない BCG：受けた・受けていない 三種・四種混合：受けた（I期1回、2回、3回、I期追加）・受けていない MR：受けた（I期・II期）・受けていない 水痘：受けた（1回、2回）・受けていない 日本脳炎1期：受けた（1回、2回、追加）・受けていない Hibワクチン：受けた（1回、2回、3回、追加）・受けていない 小児用肺炎球菌ワクチン：受けた（1回、2回、3回、追加）・受けていない B型肝炎：受けた（1回、2回、3回）・受けていない おたふくかぜ：受けた（1回、2回）・受けていない ロタウイルス：受けた（1回、2回、3回）・受けていない 【小学生】二種混合：受けた・受けていない 【小学生】日本脳炎2期：受けた・受けていない				
既 往 症 (今までにかかった病気をすべてを○で囲んでください。)	1 突発性発疹	2 はしか	3 風疹	4 水ぼうそう	
	5 おたふくかぜ	6 百日せき	7 リンゴ病	8 手足口病	
	9 ヘルパンギーナ	10 咽頭結膜熱	11 結核	12 とびひ	
	13 熱性けいれん	14 ぜんそく	15 アトピー性皮膚炎	16 じんましん	
	17 食物アレルギー（卵、牛乳、大豆、そば、その他（ ））				
	18 その他（ ）				
そ の 他	※ 体質（食物アレルギー、薬物アレルギー等）やくせなど心配なこと、配慮してほしいことがあればお書きください。				

送迎対応	利用する ・ 利用しない		
出生の状況	妊娠期間 妊娠第 ( ) 週	出生体重 ( ) g	
	出生時の状態：正常・異常 ( )		
1ヵ月健康診査	<input type="checkbox"/> 受診 (正常・要観察) 未受診	4ヵ月健康診査	<input type="checkbox"/> 受診 (正常・要観察) 未受診
10ヵ月健康診査	<input type="checkbox"/> 受診 (正常・要観察) 未受診	1歳6ヵ月健康診査	<input type="checkbox"/> 受診 (正常・要観察) 未受診
3歳6ヵ月健康診査	<input type="checkbox"/> 受診 (正常・要観察) 未受診		
かかりつけ医			

**【保護者同意欄】**

病児保護者署名 \_\_\_\_\_ 続柄 ( )

病後児保育施設送迎対応を利用するにあたり、下記の項目に同意します。

**同意事項 (このすべての項目に同意がないと利用できません。)**

1. お迎えに行くのは児童にとっては面識のない大人です。体調が悪い中、面識のない大人に知らない場所に連れて行かれることは、児童にとって心身への負担が大きいということを十分理解したうえで利用すること。
2. 児童の病状を確認したうえで、送迎が望ましくないと医師が判断した場合には送迎対応を利用できないこと。
3. 申し込み時に他の者が送迎対応を利用中であったり、病児・病後児保育施設の当日の利用状況 (定員に達しているなど) により、利用できない又は送迎対応の利用を待つことがあること。
4. お迎え先の保育所等で、子どもの状態から利用困難と判断した場合は、送迎対応を利用できないこと。
5. 児童送迎のために必要な保育所等から病児・病後児保育施設までのタクシー代及び施設利用料を、病児・病後児保育施設に児童を迎えにいった際に、病児・病後児保育施設に支払うこと。
6. 診察の結果により、入院加療が必要な場合には、病児・病後児施設は利用できないため病院に出向くこと。なお、その場合はタクシー代を支払うこととする。
7. 病児・病後児保育中に病状の急変等があった場合、電話連絡がとれなかった場合でも、併設病院で治療が行われること。
8. 協力医療機関または病後児保育施設「ぬくみ」から必要時に電話連絡があること。
9. 医師等から、現在服薬中の薬の名称について問い合わせの電話連絡がある場合に伝えること。
10. あらかじめ定められた利用時間までに迎えに来ること。

