

令和 年度西会津町病後児保育事業利用登録申請書

年 月 日

西会津町長

様

保護者氏名

西会津町病後児保育事業を利用したいので、西会津町病後児保育事業実施要綱第7条の規定により、次のとおり申請します。

児童の 情報	児童氏名 <sup>ふりがな</sup>		性別	生年月日		組
			男・女	年 月 日 ( 歳 か月)		組
	住所			電話番号		
	かかりつけ医	( ) 医院・病院			先生	電話 - -
緊急時 連絡先	氏名	続柄	勤務先・連絡先		電話番号	
予防 接種	これまでに受けた予防接種に☑と( )内の回数に○をつけてください					
	<input type="checkbox"/> Hib ワクチン ( 1回・2回・3回・追加 )			<input type="checkbox"/> BCG		
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌 ( 1回・2回・3回・追加 )			<input type="checkbox"/> 麻しん・風しん ( 1期・2期 )		
	<input type="checkbox"/> 四種混合 ( 1回・2回・3回・追加 )			<input type="checkbox"/> 日本脳炎 ( 1回・2回・追加 )		
	<input type="checkbox"/> 五種混合 ( 1回・2回・3回・追加 )			<input type="checkbox"/> B型肝炎 ( 1回・2回・追加 )		
	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう ( 1回・2回 )			<input type="checkbox"/> ロタウィルス		
	<input type="checkbox"/> その他 ( <input type="checkbox"/> おたふくかぜ1回・2回、 )					
既往 症等	これまでにかかった病気に☑と( )内にコメント及び○をつけてください					
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹症	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 喘息又は喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時に治療)			
	<input type="checkbox"/> 麻しん(はしか)	<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> じんましん(原因: )			
	<input type="checkbox"/> 風しん	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> その他 ( )			
	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん(過去に 回 座薬の指示 有・無) (初回は 歳 か月 最後は 歳 か月)				
	<input type="checkbox"/> 入院歴がある(病名: 歳 か月) (病名: 歳 か月) (病名: 歳 か月) (病名: 歳 か月)					
その 他	食物アレルギー	ない・ある(具体的に )				
	食事制限	ない・ある(牛乳・卵・大豆・鶏肉・そば・小麦粉・その他 )				
	常用服薬等	ない・ある(具体的に )				
体質やくせ等、心配なことや配慮が必要なことについて具体的に記入してください						

裏面に続きます。

(裏)  
同 意 内 容

- 1 利用中は職員の指示に従います。
- 2 利用時間を厳守します。
- 3 病後児保育室は細心の注意を払い事業を実施しますが、保育室内において児童同士の感染が起こった場合は、町はその責任を負いません。
- 4 利用児童の症状に変化があった場合は、保護者に迎えに来ていただきます。なお、保育室の看護師等が受診の必要があると判断した場合は、保護者の同意を得たうえで西会津診療所への搬送、受診、治療、処置を行います。また、保護者と連絡が取れない場合でも、これらが行われることがあり、その際発生する医療費等は保護者に負担していただきます。
- 5 保護者負担額の審査のため、職員が世帯の課税状況及び公定扶助の受給に関する資料を閲覧及び確認を行います。

以上、私は西会津町病後児保育事業の利用登録にあたり、上記項目に同意します。

署名 \_\_\_\_\_