

|      |  |
|------|--|
| 登録番号 |  |
|------|--|

国見町病後児保育登録(変更)申請書

年 月 日

国見町長

申請者 住 所  
(保護者)  
氏 名  
電話番号

病後児保育の利用について、下記の同意事項を承諾して次のとおり登録します。

|                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                 |                |                 |  |
|----------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|----------------|-----------------|--|
| ふりがな                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                 | 生年月日           | 血液型             |  |
| 児童氏名                 | 男<br>女                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | H・R                             | 年 月 日<br>( 歳 ) | 型(R h )         |  |
| 住 所                  | (郵便番号 - )<br>電話                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                 |                |                 |  |
| 在 籍 園 名              | 電話                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                 |                |                 |  |
| 保 護 者<br>緊 急 連 絡 先   | ① 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 続柄                              | 電話番号           |                 |  |
|                      | 勤務先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                 |                | 勤務先電話番号         |  |
|                      | ② 氏 名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 続柄                              | 携帯電話番号         |                 |  |
|                      | 勤務先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                 |                | 勤務先電話番号         |  |
| かかりつけ医名              | 医療機関名、医師名等<br>電話                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                 |                |                 |  |
| 予 防 接 種              | B型肝炎                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 未 ・ 済 ( 3回中 回 )                 |                |                 |  |
|                      | ロタウイルス                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 未 ・ 済 ( 1価 2回中 回 または 5価 3回中 回 ) |                |                 |  |
|                      | ヒブ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 未 ・ 済 ( 4回中 回 )                 | 肺炎球菌           | 未 ・ 済 ( 4回中 回 ) |  |
|                      | 四種混合                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 未 ・ 済 ( 4回中 回 )                 | BCG            | 未 ・ 済 ( 1回 )    |  |
|                      | MR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 未 ・ 済 ( 2回中 回 )                 | 水ぼうそう          | 未 ・ 済 ( 2回中 回 ) |  |
|                      | おたふくかぜ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 未 ・ 済 ( 2回中 回 )                 | 日本脳炎           | 未 ・ 済 ( 3回中 回 ) |  |
| 既 往 歴                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・突発性発疹</li> <li>・手足口病</li> <li>・その他 ( )</li> <li>・水ぼうそう</li> <li>・熱性けいれん</li> <li>・はしか</li> <li>・ぜん息</li> <li>・風疹</li> <li>・アトピー性皮膚炎</li> <li>・おたふくかぜ</li> </ul>                                                                                                                                                                     |                                 |                |                 |  |
| 常 時 服 用<br>し て い る 薬 | なし ・ あり ( 薬品名 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                 |                |                 |  |
| アレルギ-等<br>食 事 制 限    | なし ・ あり ( 原因物質、食品名 )                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                 |                |                 |  |
| そ の 他                | 体質、くせ等配慮してほしいこと                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                 |                |                 |  |
| 同意事項                 | <ol style="list-style-type: none"> <li>1 利用中は町及び実施施設職員の指示を守ること。</li> <li>2 病後児保育事業実施施設は、細心の注意を払って病後児保育事業を実施するが、病後児保育室内で児童同士の感染が起こった場合は、当該病後児保育事業実施施設は責任を負わないこと。</li> <li>3 児童の症状が急激に悪化した場合には、保護者が引き取ること。</li> <li>4 緊急時には、保護者の同意を得ないでも、医療機関での受診、治療、処置が行われる場合があること。なお、その際発生する医療費等は、保護者が負担するものとする。</li> <li>5 利用申込みにおいて知り得た情報は、病後児保育事業の範囲において、病後児保育事業実施施設に提供されること。</li> </ol> |                                 |                |                 |  |