|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 | 　　－ |

様式第１号（第７条関係）

病児病後児保育利用登録届出書

年　　月　　日

（宛先）小千谷市長　あて

申請者（保護者）氏名

病児病後児保育を利用したいので、小千谷市健康・こどもプラザ条例施行規則第７条の規定により、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童の情報 |  | 愛　称 | 性　別 | 生年月日 |
|  |  | 男　・　女 | 　　　年　　　月　　　日（　　　歳　　　　ヶ月） |
| 自宅住所(〒　 －　　　　) |
| 自宅電話番号　　　　(　　)　　　　　　　　　　　  |
| 通園施設名 | (　　　　　　　 　　　　)　保育園・幼稚園・小学校　( 　)　歳児　　年少　・　年中　・　年長　・　小学校( )　年生　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| かかりつけ医 | (　　　　　　　 　　　　)医院・病院　　　　　 医師 | 電話　　－　　－ |
| 兄弟姉妹 | 　　　　　　 　　 歳(男・女)　　　　　 　　 　 歳(男・女)　　　　 　　 　　 歳(男・女) |
| 緊急時連絡先 | ①・②とも記入 | 連絡先①　 児童との続柄( ) | 連絡先②　 児童との続柄( ) |
| 氏 名 |  |  |
| 携帯電話番号 |  |  |
| 勤務先名称 |  |  |
| 勤務先住所 |  |  |
| 勤務先の電話 |  |  |
| 予防接種 | 市外在住の方は、母子健康手帳の写しを添付してください。 |
| 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 |
| □突発性発疹症 | □はしか | □風しん | □百日咳 |
| □おたふくかぜ　　 | □水ぼうそう | □B型肝炎 | □日本脳炎 |
| □アトピー性皮膚炎（治療は　□内服薬　　□軟膏　　□食事療法　 　　　　　　） |
| □喘息又は喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時に治療) |
| □熱性けいれん（過去に　　　 回　　　　　座薬の指示 　有 ・ 無 　最後はいつ　　　年　　　月頃） |
| 入院歴 | ない　・　ある　（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　歳　　　ヶ月）（病名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　歳　　　ヶ月） |
| その他 | 食物アレルギー | ない ・ ある（牛乳・卵・大豆・鶏肉・そば・小麦粉・その他　　　　　　　　　　　　　） |
| 食　事　制　限 | ない ・ ある（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 常用服薬等 | ない ・ ある（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 ） |
| 確　認　事　項 | 生活保護法に係る公的扶助の支給についてない ・ ある |
| 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）

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　病児病後児保育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、市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、保護者から迎えに来ていただきます。なお、保育室の看護

師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小千谷総合病院小児科への搬送、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から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的扶助の受給に関する資料の閲覧及び確

認を行います。なお、市外在住の方は、生活保護受給者証の写しや市町村民税課税証明書等を提出していただく場合があります。

６　感染症対策のため、予防接種の接種歴の確認を行います。なお、市外在住の方は、母子健康手帳の写し等を提出していただく場合があります。

　以上、私は病児病後児保育の利用登録にあたり、上記項目に同意します。

署名

【処理欄】

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 利用料金 | 徴収 ・ 半額免除 ・ 全額免除 | 受付日 | * ・
 |