

## 令和 年度 新発田市病児・病後児保育事業利用登録申請書

令和 年 月 日

(宛先) 新発田市長

申請者氏名

新発田市病児・病後児保育事業を利用したいので、裏面の同意内容に同意のうえ、新発田市病児・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		愛 称	性 別	生年月日
				男 ・ 女	年 月 日
	自宅住所				
	自宅電話番号 ( )				
	所 属	( ) 保育園・幼稚園・認定こども園・小学校 (・無)			
かかりつけ医	( ) 医院・病院				
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 の 電 話				
予 防 接 種	これまでに受けた予防接種に☑をつけてください				
	<input type="checkbox"/> Hib ワクチン				<input type="checkbox"/> MR (麻疹・風疹)
	<input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌				<input type="checkbox"/> 日本脳炎
	<input type="checkbox"/> 四種混合				<input type="checkbox"/> 水ぼうそう
	<input type="checkbox"/> 三種混合				<input type="checkbox"/> おたふく
	<input type="checkbox"/> ポリオ				<input type="checkbox"/> その他 ( )
	<input type="checkbox"/> BCG				
既 往 症 等	これまでにかった病気に☑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"/> はしか	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> じんましん (原因は )		
	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう	<input type="checkbox"/> その他 ( )		
	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん (今まで 回位 最後は 年 月頃)				
	<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)  
同 意 内 容

- 1 利用中は施設職員の指示に従います。
- 2 利用時間を厳守します。
- 3 予約後に利用の必要がなくなった場合は、キャンセルの連絡を必ず速やかに行ってください。
- 4 保育室内において児童同士の感染が起こった場合は、市及び当該実施施設はその責任を負いません。
- 5 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、実施施設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医療機関への搬送、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。
- 6 利用に当たり、医療、食事及び精神面で心身に影響のある個人情報隠さず実施施設に提供します。
- 7 万が一の事故については、市及び当該実施施設を行う調査に全面的に協力し、解決の方法として用いる実施施設の加入する保険をもってすべての解決を行うことに同意します。
- 8 登録における情報は、実施施設に提供することに同意します。
- 9 登録に際し、世帯状況について市の保有する情報で確認することに同意します。
- 10 負担額の免除、減免を受ける場合は、世帯の課税情報等の公簿を確認することに同意します。