

名張市病児・病後児保育利用申込書

令和 年 月 日

申込者(保護者) 住所
氏名
電話

次の記載のとおり、病児・病後児保育利用の申込をします。

ふりがな 児童の名前		性別	男・女	生年 月日	平成・令和 年 月 日
在籍保育所(園)・ 幼稚園・小学校名	保・幼・小	児童を家庭で保 育できない理由		1. 勤務の都合 2. その他	
年齢・学年	歳・学年 (小学校の場合は学年を記入)				
利用希望期間	令和 年 月 日から 年 月 日まで				
利用希望時間	(午前・午後) 時 分から (午前・午後) 時 分まで				
緊急連絡先(必ず事前に事情を勤務先等に説明しておいてください)					
ふりがな 名前					
児童との続柄	連絡先(携帯番号)				
勤務先名					
勤務先住所					
勤務先電話					
児童の状況で特に 伝えたいこと					

※生活保護世帯や市民税非課税世帯等である場合、利用の減免申立てを行うことができますので、希望する場合は、減免申請書を行ってください。

同意書

私は、名張市病児・病後児保育事業を利用するに当たり、以下の内容に同意いたします。

記

1. 保育中の病状の急変時等に備え、貴施設と連絡がとれるようにすること
2. 保育中の病状の急変時は、保護者の同意のもと医療行為や他の医療機関へ移送すること。但し、生命の危機的状況時はこの限りではないこと
3. 保育中に病状の再発等の理由により、保育の継続ができない状況と医師が判断したときは、利用の途中であっても利用児童を保護者が迎えに来ること

令和 年 月 日

実施施設長 様

申込者(保護者)

印

利用児童の心身等の状況調査票

かかりつけの医師	
医療機関名	医師名
電話 ()	
定期的に通院している疾患(該当番号に○)(該当のある場合は、病名を記入してください。)	
1. ない 2. ある(病名)	
常時内服している薬(ぜんそく・アトピー性皮膚炎等で常時内服している薬があれば、 薬剤名、内服時など具体的に記入してください。)	
既往歴(今までにかかった病気の番号に○を付け、【 】に必須事項を記入してください。)	
1 突発性発疹	12 喘息・喘息様気管支炎
2 麻しん(はしか)	13 アトピー性皮膚炎
3 水痘(みずぼうそう)	14 川崎病【心臓合併症は あり なし】
4 風しん(三日ばしか)	15 熱性けいれん 【初回 歳 か月、最後 歳 か月 これまで 回】 【座薬の指示は あり なし】
5 咽頭結膜炎(プール熱)	
6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	
7 百日咳	16 てんかん
8 ヘルパンギーナ	17 食物アレルギー 【牛乳 卵 牛肉 そば 大豆 小麦 その他 ()】
9 肺炎	
10 とびひ	18 その他
11 B型肝炎(キャリアーを含む)	【具体的に: 】
予防接種(これまで受けた予防接種の番号と、【 】内の回数に○をつけてください。)	
1 三種混合 【I期 1回目・2回目・3回目・追加】	9 日本脳炎【I期 1回目・2回目・追加】【II期】
2 四種混合 【I期 1回目・2回目・3回目・追加】	10 ヒブ(インフルエンザ菌b型) 【1回目・2回目・3回目・追加】
3 ポリオ【1回目・2回目】	11 小児用肺炎球菌 【1回目・2回目・3回目・追加】
4 不活化ポリオ 【1回目・2回目・3回目・追加】	12 ロタウィルス【1回目・2回目・3回目】
5 BCG	13 水痘(水ぼうそう)
6 MR(麻しん・風しん)【第I期・第2期】	14 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)
7 麻しん	15 インフルエンザ【直近は 年 月】
8 風しん(三日ばしか)	16 その他