

病後児保育利用登録申請書

令和 年 月 日

北斗市長 様

（申請者）

住所 北斗市

氏名

次のとおり、北斗市病後児保育の利用に当たり事前の登録について申請します。

ふりがな 児童氏名	生年月日	性別	申請者との続柄	現在通う小学校・ 保育所等の名称		
	平成・令和 年 月 日 (満 歳 か月)	男 女				
通院病院	病院名	病院名				
既往症	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹（はしか） <input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう） <input type="checkbox"/> 風疹（三日ばしか） <input type="checkbox"/> 咽頭結膜熱（プール熱） <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑（りんご病） <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 異型肺炎（マイコプラズマ肺炎） <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 心臓病（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）					
出産時 の状況	<input type="checkbox"/> 正常 ・ <input type="checkbox"/> 異常（ ）					
アレルギー 体質の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合アレルギーの種類を詳細にお書きください 1 食べ物（ ） 2 薬（ ） 3 その他（ ）					
予防接種 (これまでに受けたものすべて)	<input type="checkbox"/> Hib（ヒブ） <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> DPT-IPV（四種混合） <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MR（麻疹・風疹） <input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう） <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> その他（ ）					
児童に対する 留意点						
児童以外の 世帯員の 状況	氏名	続柄	同居・別居の別	住所	勤務先・通園先名称	連絡先電話
			同・別			
			同・別			
			同・別			
			同・別			
			同・別			

(裏面)

同 意 書

私は、病後児保育の利用を申請するに当たり、次の点について同意いたします。

1 病後児保育を開設する日及び開設時間は、次に掲げるとおりとする。

(1) 開設する日 月曜日から土曜日まで

(2) 開設時間 午前8時から午後5時30分まで

(3) 利用時間 午前8時から午後6時まで

病後児保育の利用は上記に掲げる日及び時間内に限られるものとし、保護者は、その時間内に対象児童を迎えに来ること。

2 保育中に児童の病状が急激に悪化したとき等の緊急時には、実施施設は保護者へ連絡をし、必要に応じて救急搬送等の対応をすることがあること。又は保護者に連絡がとれない場合でも、これらを行うことがあること。したがって、病状が急変したときの対応について、あらかじめ了承すること。

3 保育中に病状の再発等の理由により、病後児保育の継続が困難と判断されたときは、利用の途中であっても自宅療養させるため児童を迎えに来ること。

令和 年 月 日

住 所 北斗市

保護者氏名

児 童 名
