

（表）

病児及び病後児保育事業利用登録申請書

年 月 日

ふじみ野市長 宛て

保護者 住所
氏名
電話

病児及び病後児保育事業を利用したいので、ふじみ野市病児及び病後児保育事業実施要綱第9条第1項の規定により、次のとおり登録を申請します。

なお、記入した個人情報等の記入事項を、実施施設及び医療機関に提供することを承諾します。

1 利用を希望する児童

児童氏名 (フリガナ)	性別	生年月日 年 月 日 (歳 か月)	在籍施設名

2 利用を希望する実施施設名

(1)	(2)
(3)	(4)

3 家庭の状況等

保護者氏名		携帯電話番号	勤務先名と電話番号	
父			(— —)	
母			(— —)	
兄弟姉妹		(歳)	(歳)	(歳)
連 緊 絡 先 急	①	氏名	続柄	
		勤務先名	電話番号	
	①	氏名	続柄	
		勤務先名	電話番号	
かかりつけ医療機関名			電話番号	
備考				

※この登録申請書は、病児及び病後児保育事業を利用する場合に備え、ふじみ野市長、実施施設及び医療機関が事前に児童の状況を把握するためのものです。

※登録内容に変更があった場合や事業を利用する必要がなくなった場合は、その旨を届け出てください。

※緊急連絡先には、児童の体調不良などの際にお迎えに来ることができる方の連絡先を、2か所記入してください。

※裏面に、児童の状況を記入してください。

(裏)

児 童 の 状 況

児童氏名

成 育 歴	妊娠中の異常	なし・あり()
	出生時期	予定通り・()日早かった・遅かった(在胎 週)
	出生時の異常	なし・あり()
	栄養法	母乳・人工・混合(離乳食摂取期間 か月～ か月)
	出生時の体重()	首のすわり(か月)
	おすわり(か月) ひとり歩き(か月) 人見知り(か月) 母親の後追い(か月) 意味のある言葉の発語(歳 か月)	
既 往 歴	突発性発疹 麻疹(はしか) 水痘(水ぼうそう) 風疹 百日咳	
	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) ヘルパンギーナ 川崎病	
	手足口病 伝染性紅斑(りんご病) 熱性けいれん ぜんそく 肺炎	
	結核 湿疹 アトピー性皮膚炎 その他()	
予 防 接 種	ポリオ	未接種・1回・2回(生・不活化)
	四種混合(三種混合)	未接種・1回・2回・3回・追加
	日本脳炎	未接種・1回・2回・追加
	BCG	未接種・済(年 月)
	ヒブ	未接種・1回・2回・3回・追加
	小児用肺炎球菌	未接種・1回・2回・3回・追加
	麻疹・風疹(MR)	未接種・1期・2期
	水痘	未接種・初回・追加
	その他	()
食 品	制限されている食品名	全卵 卵黄 卵白 牛乳 ミルク 小麦粉 そば粉 その他() 特になし
そ の 他	※体質(薬物アレルギー等)、くせ等心配なことや配慮してほしい事項	

様式第4号（第9条関係）

送迎病児保育利用同意書

ふじみ野市長 宛て

以下の重要事項確認項目の内容を確認し、左欄の□にチェックを付けてください。

チェック	重要事項確認項目
<input type="checkbox"/>	送迎病児保育は、内科的疾患（発熱・咳・下痢・嘔吐等）が対象となりますので、打撲や裂傷等の外傷性の損傷での利用はできません。
<input type="checkbox"/>	病児保育室の利用状況により、保育室が確保できない等の理由により送迎病児保育をお断りする場合があります。
<input type="checkbox"/>	子どもが啼泣（ていきゅう）の状態でも、病状を優先して送迎病児保育が実施されます。
<input type="checkbox"/>	入室前診察は、病児保育を実施する医療機関で行います。退室後、必要時には、かかりつけ医を受診してください。
<input type="checkbox"/>	診断により保護者の保護が必要とされた場合は、病児保育室でのお預かりが出来ませんので、直ちに迎えに来てください。
<input type="checkbox"/>	病状により、採血やエックス線検査、又は処置治療が必要とされた場合は、電話による実施の確認又は医療機関に来ていただく場合があります。
<input type="checkbox"/>	入院加療が必要とされた場合は、直ちに迎えに来てください。
<input type="checkbox"/>	病状が更に悪化し、再度医師の診察が必要と判断された場合、保護者にお迎えをお願いする場合があります。
<input type="checkbox"/>	緊急を要する場合は、保護者の了解を得ないままに医療機関に搬送し、受診治療措置を行う場合があります。
<input type="checkbox"/>	病児保育室でのお子様の引き渡しは、身元が証明された方のみとなります。
<input type="checkbox"/>	病児保育料・診察諸経費等については、病児保育室へのお迎えの際に精算してください。
<input type="checkbox"/>	住民登録台帳等、利用者及び保護者の情報を、自治体を通じて調査することがあります。
<input type="checkbox"/>	登録申請書等に記載された内容について、保育所等と情報を共有することがあります。

送迎病児保育は救急搬送の医療とは明確に異なること、また、面識のない大人に知らない場所へ連れて行かれることは、子どもの心身への負担が大きいことを十分に理解したうえで、上記の内容について同意いたします。

年 月 日

住所

児童氏名

保護者氏名