様式第１号（第６条関係）

珠洲市病児・病後児保育利用登録申請書

年　　月　　日

　　　　　珠 洲 市 長

申請者（保護者）住所

氏名　　　　　　　　　㊞

病児・病後児保育の利用登録を受けたいので、次のとおり申請します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  児童氏名 | | | | 男  女 | | 生年月日 | | | 年　　月　　日生  （　　　歳　　　月） | | |
| 保  護  者 | | 父：氏名 | | | | | | お子さんの愛称 | | | |
| 母：氏名 | | | | | |
| 自宅住所（〒　　－　　　）  自宅電話 | | | | | | | | | |
| 緊  急  連  絡  先 | | 児童と  の続柄 | 氏名　　　　　　　　　　　　　勤務先  勤務先電話番号 | | | | | | | | |
| 携帯電話 | | | | | | | | |
| 児童と  の続柄 | 氏名　　　　　　　　　　　　　勤務先  勤務先電話番号 | | | | | | | | |
| 携帯電話 | | | | | | | | |
| 通所（学）施設名 | | | | （　　　　　　　）保育所・幼稚園・小学校・その他・在宅  　電話 | | | | | | | |
| かかりつけ医 | | | | 電話 | | | | | | | |
| 保険証 | | 記号 | |  | 番号 | |  | | | 保険者番号 |  |
| これまでの病気 | けいれん：ない・ある（初回　 歳　 ヶ月 最後は　 歳　 ヶ月、これまでの　 回） | | | | | | | | | | |
| 喘　　　　　息  喘息様気管支炎 | | | ない　・　ある  毎日　薬を　　　飲んでいる　・　いない　・　発作時だけ  毎日　吸入治療を　している　・　いない　・　発作時だけ | | | | | | | |
| アトピー性皮膚炎 | | | ない　・　ある　（治療は　内服薬　・　食事療法） | | | | | | | |
| その他の病気  （具体的に） | | |  | | | | | | | |
| 入院したこと | | | ない　・　ある　　　　　　　（病名　　　　　　　　歳　　ヶ月）  　　　　　　　　　　　　　　（病名　　　　　　　　歳　　ヶ月） | | | | | | | |
| 内服薬等 | | | | 喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服している薬があれば具体的にお書きください。  （内服時間も） | | | | | | | |

（**※裏面があります**）

【利用登録条件】　※お読みのうえ下欄に記名・押印をお願いします。

　　子どもの健康管理に万全を期するため、また円滑な保育に協力するため下記の各事項に同意します。

１　利用登録に際し、この申請書の写しを病院内で取り扱うこと。

２　この申請書の記載内容など病児・病後児保育実施にあたり病院が知りえた個人情報につき、保育の実施に必要な範囲で取り扱うこと。

３　入所にあたり、感染症の病気【麻疹・風疹・水痘・結核・流行性角結膜炎・インフルエンザ等】の場合は利用できません。

４　入所中に児童の体調悪化等がみられた場合は、職員が適宜小児科を受診させ、病状・体調によっては保育を打ち切り、保護者に連絡のうえ児童を退所させる等の措置を行うこと。

５　病児・病後児保育実施に関する規定に従うこと。

保護者氏名　　　　　　　　　　　㊞