

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

印

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 | 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

⑩