

三戸町病後児保育事業利用登録兼同意書

年 月 日

三戸町長 殿

申請者氏名（保護者） _____ 印

住 所 _____

電話番号 _____

※下記該当する事項に□チェック、または必要事項を記載してください。

児 童の 氏名・住所	フリガナ		性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏 名		生年月日	年 月 日生
	住 所		年 齢	歳 ヶ月
通園・通学 施 設 等	<input type="checkbox"/> 保育所、認定こども園、学校等に通園（通学）している （施設名： _____）		<input type="checkbox"/> 通園（通学）していない TEL _____	
主 治 医	医療機関名： _____			
	担当医師： _____			
保護者の 状 況	氏 名	続 柄	勤 務 先 名	電話番号
緊急連絡先	① 氏名（ _____ 続柄 _____ ）勤務先等（ _____ TEL _____ ）			
	② 氏名（ _____ 続柄 _____ ）勤務先等（ _____ TEL _____ ）			
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（症状 _____）			
既 往 歴	<input type="checkbox"/> 突発性発しん		<input type="checkbox"/> 異型肺炎（マイコプラズマ肺炎	<input type="checkbox"/> 麻しん（はしか）
	<input type="checkbox"/> とびひ		<input type="checkbox"/> 水痘（みずぼうそう）	<input type="checkbox"/> 喘息
	<input type="checkbox"/> 風しん（三日はしか）		<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 治療（ <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 食事療法）	
	<input type="checkbox"/> 咽頭性結膜炎（プール熱）		<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）	<input type="checkbox"/> 川崎病
	<input type="checkbox"/> 百日咳		<input type="checkbox"/> 熱性けいれん	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ
	<input type="checkbox"/> 手足口病		<input type="checkbox"/> 伝染性紅斑（りんご病）	<input type="checkbox"/> 中耳炎
	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー（ <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
	<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）			
予 防 接 種	<input type="checkbox"/> BCG		<input type="checkbox"/> 水痘（水ぼうそう）	<input type="checkbox"/> ヒブ感染症
	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌		<input type="checkbox"/> MR 混合（麻しん・風しん）	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎（初回・2回目・3回目・追加）		<input type="checkbox"/> インフルエンザ	
	<input type="checkbox"/> 四種混合（初回・2回目・3回目・追加）		<input type="checkbox"/> ポリオ（初回・2回目）	
<input type="checkbox"/> 三種混合（初回・2回目・3回目・追加）		<input type="checkbox"/> その他（ _____ ）		
そ の 他	<input type="checkbox"/> ひきつけ <input type="checkbox"/> 脱臼			
	<input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 過去に大きな病気や怪我をしたことがある（ _____ ）			

※裏面に同意書があります。

同意書

私は、三戸町病後児保育事業を利用するに当たり、次の事項について同意のうえ、登録します。

- 1 病後児保育事業の利用期間中は、病後児保育事業実施施設（以下「実施施設」という。）の指示に従います。
- 2 児童の病状が悪化し、保育の継続が困難と実施施設が判断した場合には、利用を中止し保護者の方に迎えに来ていただくことがあります。
- 3 実施施設は、医療機関ではありませんので、急を要すると判断した以外の医療行為はいたしかねます。
- 4 児童の症状が急激に悪化した緊急時には、保護者への連絡前に医療機関へ搬送を行い、受診・治療措置が行われる場合があります。なお、その際発生する医療費等は、保護者の方の負担となります。
- 5 児童の保育にあたっては、細心の注意を払い感染防止の徹底に努めますが、やむを得ず施設内で児童の相互感染が起こる場合があります。
- 6 実施施設から指示された預かり時間は厳守してください。
- 7 利用料は、当日の迎え時に請求書をお渡しいたします。当施設、役場会計課窓口又は、金融機関でお支払いください。
- 8 施設の利用にあたり知り得た個人情報等は、病後児保育事業に限り使用させていただきますが、やむを得ず医療機関や関係機関へ情報を提供する場合があります。
- 9 事業実施に当たり、万一事故が発生した場合、保険適用範囲内において補償を受けることができます。ただし、病状悪化等、本施設に帰することができない事由による事故等の場合を除きます。

年 月 日

保護者氏名 _____ 印