

病児保育事業利用登録申請書

あて先 笠間市長

申請者氏名

病児保育事業の利用につき、次のとおり登録を申請します。また、病児保育事業の利用の際に、この登録内容を利用することについて同意します。

ふりがな 児童氏名			男女	生年月日	年 月 日生 ( 歳 月)
住 所	(〒 — )			電話( — )	
家族の状況 (利用する児童は除く。)	氏 名	続柄	勤務先等		緊急連絡先
保育園等名称					
健康保険被 保険者番号	記号	番号	保険者番号		
かかりつけの 病 院 等	病院等名		主治医		
	電話番号		— —		
これまでにかか った主な病気	突発性発疹 はしか 風しん おたふくかぜ 水ぼうそう 熱性けいれん( 回, 最後は 年 月 日) アトピー性皮膚炎 喘息, 喘息性気管支炎(継続治療中・悪化時治療) その他( )				
アレルギ- の 有 無	アレルギー体質	無・有(具体的に )			
	薬のアレルギー	無・有(具体的に )			
予 防 接 種	4種混合第1期初回	回・1期追加	DT 第2期	BCG	
	3種混合第1期初回	回・1期追加	B型肝炎	回	水痘 回
	H i bワクチン初回	回・1期追加	MRワクチン第1期・第2期		
	小児用肺炎球菌ワクチン初回	回・1期追加	ポリオ	回	
	日本脳炎第1期初回	回・1期追加・第2期	おたふくかぜ	回	
	ロタウィルス	回	インフルエンザ		

## 地域医療センターかさま病児保育室 利用に関する同意書

私は、病児保育室を利用するにあたり、次の内容について同意いたします。

1. 利用の際は、かかりつけ医を受診の上、利用申込書及び診療情報提供書を提出してください。
2. 下記の①～③の場合は、病児保育室職員から連絡をするので、必ず連絡がつく電話番号を教えてください。  
また、保育の継続が困難と判断された場合は、お迎えを依頼しますので、速やかに対応してください。  
①児童の病状に急激な変化があった場合で、治療や処置が必要となった場合  
②予測できない事故等で、治療や処置が必要となった場合  
③緊急に保護者と連絡をとる必要がある場合
3. 児童の症状が急激に悪化した緊急時には、保護者に連絡するより早く、医療機関に搬送を行い、受診・治療措置が行われる場合があります。その際、発生する医療費等は保護者負担となります。
4. 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、やむを得ず病児保育室内で児童の相互感染が起こる場合があります。
5. 利用申込書に記入した預かり時間は厳守してください。
6. 登録及び利用申請において笠間市が知り得た個人情報、目的以外には使用しません  
が、必要に応じて医療機関へ提供される場合があります。

※ なお、利用当日の病状によっては、利用できない場合があります。

令和 年 月 日

住 所 \_\_\_\_\_

保護者氏名 \_\_\_\_\_

児 童 名 \_\_\_\_\_