

病後児保育利用申請兼同意書

保護者記入

(ふりがな) 園児名		男・女	生年月日 年 月 日 (歳 ヶ月)
利用期間	令和 年 月 日 ~ 月 日 (日間)		
利用時間	登園 時 分~ お迎え 時 分, お迎え者 (続柄)		
症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喉の痛み <input type="checkbox"/> 腹痛 <input type="checkbox"/> 嘔気 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 食欲低下 <input type="checkbox"/> 頭痛 <input type="checkbox"/> 目やに <input type="checkbox"/> 眼の充血 <input type="checkbox"/> 口内炎 <input type="checkbox"/> 発疹(部位) <input type="checkbox"/> その他()		
緊急連絡先 (確実に連絡が繋 がる場所)	<連絡先①> ※確実に連絡がつながるところを記載願います		
	氏名	(続柄)	携帯番号 ()
	勤務先		電話番号 ()
	<連絡先②>		
氏名	(続柄)	携帯番号 ()	
勤務先		電話番号 ()	
理由(保護者の状況)	<input type="checkbox"/> 就労 <input type="checkbox"/> 傷病 <input type="checkbox"/> 事故 <input type="checkbox"/> 災害 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> 他 ()		
傷病名 内服薬有無 かかりつけ医	病名		
	投薬 <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし ※ヒル分の内服処方がある時は「くすり連絡票」もご提出ください		
	病院受診日 月 日		
	受診した病院名		電話番号 ()
	医師名		

- ① ご利用当日の健康状態によっては、お預かりできない場合があります。
- ② お預かり時間中に体調の変化を認めた場合、園の基準に沿ってご連絡をさせていただきます。
- ③ 緊急時には、保護者の方へ連絡を致しますので医療機関の受診をお願いします。また、保護者との連絡が取れない時は緊急時対応をとる場合があります。なお、その際発生する医療費等は保護者にご負担いただきます。
- ④ 利用申請において知り得た情報は、病後児保育事業の範囲内にのみ利用されます。しかし、緊急時に限り、必要に応じて医療機関に情報提供される場合があります。
- ⑤ 利用中、万一病後児室内で利用児童間での感染が起きた場合、施設側の故意又は重過失である場合を除き、大成学園は責任を負いませんのでご了解ください。

病院を受診し、病気・怪我の回復期であり、感染性のない状態であることを確認しました。
 保護者の勤務などの都合により家庭保育を行うことが困難な為、病後児保育の利用を希望します。
 また、病後児保育利用にあたり、上記5項目に同意します。

令和 年 月 日 保護者名 (自署) _____