

病後児保育事業利用申請書兼同意書

令和 年 月 日

大成学園かさまこども園長 様

申請者住所 _____

申請者氏名 _____

連絡先（携帯） () _____

(自宅) () _____

次のとおり、病後児保育事業を利用したいので申請します。

ふりがな		性別	生年月日
児童氏名		男・女	年 月 日 (歳 ヶ月)
通園施設等該当する番号を○で囲んで下さい。	1. 保育所・保育園	保育認定	号認定
	2. 幼稚園		
	3. 認定こども園	電話番号	
	4. 小規模保育所		
	5. 家庭内保育		
かかりつけの医療機関	医療機関名：	担当医師：	
	所在地：	電話番号：	
緊急連絡先 (確実に連絡がとれるところ)	(第1連絡先)		
	氏名	(児童との関係)	
	勤務先	電話番号 ()	
	(第2連絡先)		
氏名	(児童との関係)		
勤務先	電話番号 ()		
利用理由 (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"/> その他 ()		
利用期間	年 月 日～ 年 月 日 (日間) ※上限7日間		
利用時間	<input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 時 分から <input type="checkbox"/> 午前・ <input type="checkbox"/> 午後 時 分		
迎えに来る人	<input type="checkbox"/> 申請者 <input type="checkbox"/> その他 (氏名 続柄)		
病気の経過	病名		
	投薬 <input type="checkbox"/> 有り ・ <input type="checkbox"/> 無し ※有りの場合は、くすり連絡票も記入願います		
	通院を始めた日 (月 日より)		
現在の症状	症状 ()		

(裏面)

予防接種	ヒブ	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない	麻疹・風しん	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない
	肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない	水痘	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない	日本脳炎	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない
	四種混合	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない	ロタ	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない
	BCG	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない	おたふく	<input type="checkbox"/> 受けた <input type="checkbox"/> 受けていない
既往歴	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 水いぼ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> 咽頭結膜炎（プール熱） <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 副鼻腔炎 <input type="checkbox"/> クループ症候群 <input type="checkbox"/> 肺炎 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 心室中隔欠損症 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん（回数 回 ・ 初発 歳 ・ 最終 歳） <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> アレルギー（ ） <input type="checkbox"/> その他・治療中・経過観察中の疾患（ ）			
食事制限	<input type="checkbox"/> 無し ・ <input type="checkbox"/> 有り（具体的に ）			
その他	※配慮して欲しい事などがある場合は具体的に記入願います。 			

生活保護費	<input type="checkbox"/> 受給している <input type="checkbox"/> 受給していない
-------	--

- ① 大成学園かさまこども園病後児保育事業実施要綱に掲げる対象児童及び対象疾患であっても、登園した児童の健康状態等の理由により受入れができない場合があること。
- ② 利用期間中は、施設職員の指示を守ること。
- ③ 児童の症状が急激に悪化する緊急時には、保護者の同意を得たうえで、医療機関での受診・治療処置が行われること。また、保護者との連絡が取れない場合でも、これらが行われることがあること。なお、その際発生する医療費等は保護者が負担すること。
- ④ 施設は、細心の注意を払って事業を実施するが、万一病後児室内で利用児童に感染が起きた場合、大成学園は責任を負わないこと。
- ⑤ 利用申請等において知り得た情報は、病後児保育事業の範囲内において利用されること。ただし、必要に応じて医療機関等に情報提供される場合があること。
- ⑥ 利用中、万一事故が発生しても施設側の故意又は重過失である場合を除き、市や園は責任を負わないこと。
- ⑦ 事業を利用した際、申請書等に記載された医療機関や在籍している園と、大成学園かさまこども園職員との間で、児童の病状等について情報交換する場合があること。
- ⑧ 事業を利用する大成学園いなだこども園在園児と大成学園ともべ保育園在園児において、大成学園の職員間でアレルギーや基礎疾患などについての情報交換をする場合があること。

●病後児保育事業の利用にあたり、上記の各項目に同意します。

申請者（保護者）氏名

※ 必ず申請者本人が署名してください