第1号様式（第7条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| 登録番号 |  |

須賀川市病後児保育事業利用登録申込書

年　　月　　日

　　　　　　　　様

申込者　住　所

（保護者）

氏　名

　電話番号　　　　　（　　　　）

　須賀川市病後児保育事業の利用登録について、次の同意事項を承諾して申し込みます。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | |  | | | | 性　別 | 生年月日 | | | | 登録時の年齢 | |
| 児童氏名 | |  | | | | 男 ・ 女 | 年　　月　　日 | | | | 歳　　　か月 | |
| 保育・就学状況  （在籍施設名） | | 電話　　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先※ | | ふりがな  氏　名 |  | | | | 続柄 |  | | 携帯電話 | |  |
| 勤務先 |  | | | | | | | 勤務先電話 | |  |
| ふりがな  氏　名 |  | | | | 続柄 |  | | 携帯電話 | |  |
| 勤務先 |  | | | | | | | 勤務先電話 | |  |
| 緊急連絡先※以外の同居家族 | ふりがな  氏　　名 | | | 続柄 | 生年月日 | | | | 勤務先名 | | | 勤務先電話 |
|  | | |  | 年　 月　 日 | | | |  | | |  |
|  | | |  | 年 　月　 日 | | | |  | | |  |
|  | | |  | 年　 月 　日 | | | |  | | |  |
|  | | |  | 年　 月　 日 | | | |  | | |  |
|  | | |  | 年　 月 　日 | | | |  | | |  |
| かかりつけ医 | | 医療機関名、医師名等  電話　　　　　（　　　　） | | | | | | | | | | |

（裏面へ）

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 既往歴  （○をつけて  ください。） | １　突発性発疹　　２　はしか　　３　風疹　　４　水ぼうそう  ５　おたふくかぜ　６　アトピー性皮膚炎  ７　熱性けいれん（回数　　回、最終　　　年 　月　 日、座薬の指示　有 ・ 無 ）  ８　喘息及び喘息様気管支炎　無・有（ 薬 ：毎日・発作時のみ・服用なし）  （吸入：毎日・発作時のみ・吸入なし）  ９　その他  （　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 過去の入院歴 | 無　・　有 | （病名：　　　　　　　　　　　/　　歳　　か月）  （病名：　　　　　　　　　　　/　　歳　　か月） | | | |
| 常時服用している薬 | 無　・　有　（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| アレルギー等食事制限 | 無　・　有　（具体的に：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | |
| 予防接種 | 三種・四種混合 | | 受けた（１期：１回　２回　３回　１期追加）・　受けてない | | |
| ヒブ | | 受けた（１回　２回　３回　１期追加）・　受けてない | | |
| 肺炎球菌 | | 受けた（１回　２回　３回　１期追加）・　受けてない | | |
| ＢＣＧ | | 受けた ・ 受けてない | ポリオ | 受けた ・ 受けてない |
| 水ぼうそう | | 受けた ・ 受けてない | ＭＲ（麻疹・風疹） | 受けた ・ 受けてない |
| おたふくかぜ | | 受けた ・ 受けてない | 日本脳炎 | 受けた ・ 受けてない |
| ロタウィルス | | 受けた ・ 受けてない | Ｂ型肝炎 | 受けた ・ 受けてない |
| その他 | 体質やアレルギー、成長・発達等の指摘を受けているか、心配なこと、配慮してほしいことをご記入ください。 | | | | |
| 同意事項 | １　本申込書の写しを病後児保育事業実施施設に提供すること。  ２　利用の際は、実施施設の指示を順守すること。  ３　容体急変等緊急の場合には、施設の診療を受けること。  その際に発生する医療費等は、保護者が負担すること。  ４　実施施設は、細心の注意をもって保育を行いますが、保育室内で乳幼児又は児童同士の感染が起こった場合は、当該実施施設は責任を負いません。 | | | | |
|  | | | | | |
| 世帯状況 | ①　生活保護世帯､市町村民税非課税世帯　　　②　その他の世帯  ※①に該当する場合は、次の同意欄に署名ください。 | | | | |
| 同意欄 | ※病後児保育室の利用にあたり、使用料確認のため、私の世帯課税状況を調査することに同意します。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日  住所    　保護者氏名  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※自署してください。 | | | | |