

③

病児・病後児保育登録届

(宛先) マザー保育園山の手

マザー保育園山の手病児・病後児保育施設の利用について、次のとおり登録を届け出いたします。

保護者氏名
住 所

児童の氏名	ふりがな 氏名	性別	男・女	愛称	
	生年月日	年	月	日	年齢 歳 か月
在籍している園名			平常時の 体温	°C	
緊急連絡先	①氏名 続柄 ()		②氏名 続柄 ()		
	勤務先名		勤務先名		
	勤務先電話		勤務先電話		
	携帯電話		携帯電話		
予防接種	BCG	未	・	済	*予防接種は1回でも投与している場合は 済に○をつけてください
	四種混合	未	・	済	
	MR混合 (麻疹・風疹 水痘 (水ぼうそう))	未	・	済	
	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	未	・	済	
	日本脳炎	未	・	済	
既往歴	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) <input type="checkbox"/> 風疹 (三日ばしか) <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> その他 () <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"/> 肘内障		
治療中の病気	(喘息・心臓疾患など)				
食物 アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 食品 ()		* 医師の指示書を添付してください (コピー可) <input type="checkbox"/> エピペン持参あり		
薬物 アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤 ()				
けいれんの 有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (過去 () 回) (最終の発作 年 月 頃) (診断名) (かかりつけ医)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
保育上配慮して ほしい点					

④

同意書

(宛先) マザー保育園山の手

私は、病児・病後児保育室を利用するにあたり、次の内容について同意します。

(1) 病児保育の利用の際は、医療機関(かかりつけ医等)を受診し、利用当日に病児・病後児保育室に病児・病後児保育利用申請書(診療情報提供書)、病児・病後児保育登録届(事前に届出をされていない場合のみ)、薬の説明書(薬剤情報書)を提出すること。また、医療機関(かかりつけ医等)受診後、利用当日に児童の症状が悪化し、利用できない場合があること。

(2) 児童の症状が急変し、保育の継続が困難と判断された場合は、病児・病後児保育室からの連絡により、利用途中であっても迎えに来ること。

(3) 児童の症状が急激に悪化したときは、速やかに保護者に連絡のうえ、医療機関に搬送し、医師の判断により保護者の了解を得ないで受診・治療措置が行われる場合があること。なお、その際に発生する医療費等は、保護者が負担すること。

(4) 児童の保育にあたっては、感染防止に努めるが、やむを得ず病児・病後児保育室内で児童の相互感染が起こった場合、当該保育室では責任を負わないこと。

(5) 病児・病後児保育室から指示された預かり時間を厳守すること。

(6) 登録及び利用申込みにおいて、本市が知り得た情報は、病児・病後児保育事業の範囲内において病児・病後児保育室に提供され、必要に応じて医療機関に提供される場合があること。

(7) 病児・病後児保育室内での感染拡大等により、利用できない事態が発生した場合には、当該保育室の指示に従うこと。

(8) 病児・病後児保育室をキャンセルする場合は、必ずマザー保育園山の手へ連絡すること。なお、利用しないにも関わらずキャンセルの連絡がないときは、次回以降の利用をお断りする場合があること。

(9) マザー保育園山の手病児・病後児保育の利用案内の記載事項を全て確認し、利用規則を遵守すること。

年 月 日

保護者氏名