

登録番号:

様式第1号(第7条関係)

矢板市病児保育事業利用登録申込書

年 月 日

矢板市長 様

申込者 住所
(保護者)
氏名

矢板市病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。

フリガナ		生年月日	性別	年齢(登録時)
児童氏名		年 月 日	男・女	歳 ヶ月
在籍施設名	保育所(園)・認定こども園・幼稚園・小学校			
かかりつけ医	医院・病院			先生
保護者	①氏名	勤務先名		
	続柄 携帯電話	電話番号		
保護者	②氏名	勤務先名		
	続柄 携帯電話	電話番号		
緊急時連絡先	第1連絡先			
	氏名: 続柄: 電話番号:			
緊急時連絡先	第2連絡先			
	氏名: 続柄: 電話番号:			
出産時の様子	妊娠週数(週) 体重(g) 分娩時の異常 無・有()			
既往歴 (○を付けてください)	1. 突発性発しん 2. 麻しん(はしか)・風しん 3. 水痘(水ぼうそう) 4. 流行性耳下線炎(おたふくかぜ) 5. 手足口病 6. りんご病 7. 百日咳 8. 咽頭結膜熱(プール熱) 9. ヘルパンギーナ 10. アトピー性皮膚炎 11. 熱性けいれん(回数 回、最終 年 月 日) 12. ぜん息・ぜん息性気管支炎 無・有(薬: 毎日・発作時・服用なし) (吸入: 毎日・発作時・吸入なし) 13. その他()			

過去の入院歴	無・有 (病名: / 歳 ヶ月) (病名: / 歳 ヶ月)	
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)	
その他	体質(アレルギー等)、くせなど、心配なこと、配慮してほしいことについてご記入ください	
予防接種	B型肝炎	受けた・受けていない
	ロタウイルス	受けた・受けていない
	ヒブ(五種混合接種済なら記載不要)	受けた (1回 2回 3回 1期追加) ・受けていない
	小児肺炎球菌	受けた (1回 2回 3回 1期追加) ・受けていない
	四種・五種混合	受けた・受けていない
	BCG	受けた・受けていない
	MR(麻しん・風しん)	受けた・受けていない
	日本脳炎	受けた・受けていない
	水ぼうそう	受けた・受けていない
	おたふくかぜ	受けた・受けていない
	その他	(具体的に:)
同意事項	<ol style="list-style-type: none"> 1. 本申込書の写しを病児保育実施施設に提供すること。 2. 利用の際は、実施施設の指示を遵守すること。 3. 病状悪化等で医師の診断が必要な場合は、実施施設から保護者に連絡し、利用中であっても迎えにくること。 4. 容態急変等緊急の場合には、実施施設の判断で保護者の了解を得ないまま医師の診療を受けさせること。その際に発生する医療費等は、保護者が負担すること。 5. 実施施設は、細心の注意をもって保育を行います。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、当該施設は責任を負いません。 	

市税等の調査同意書

同意欄	<p>私は、矢板市病児保育事業の費用負担額の算定のため、私及び世帯員の課税状況を市が調査することに同意します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">保護者氏名 _____</p>
※市記入欄	1. 生活保護世帯 2. 市町村民税非課税世帯 3. その他の世帯

* 矢板市外在住の場合、市町村民税非課税証明書、生活保護を受給していることの証明書が必要となる場合があります。