

新発田食品工業団地協同組合

さくら通り保育園 病後児保育室 **あすばら** 様

令和 4 年 月 日

申請者氏名

病後児保育室を利用したいので次のように申請します。

児童情報	児童氏名	愛称	性別	生年月日
			男 女	平成 令和 年 月 日
	自宅住所 〒 新発田市			
	所属	() 保育園・幼稚園・認定こども園 () 歳児		
	かかりつけ医	() 医院・クリニック		
緊急連絡先	連絡先① 児童との続柄()		連絡先② 児童との続柄()	
	氏名			
	携帯電話番号			
	勤務先名称			
	勤務先の電話			
予防接種	<input type="checkbox"/> Hib (1 2 3 追加)		<input type="checkbox"/> 麻疹風疹MR (1期 2期)	
	<input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 (1 2 3 追加)		<input type="checkbox"/> 水痘 (1 2)	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 (1 2 3 追加)		<input type="checkbox"/> 日本脳炎 (1 2 追加)	
	<input type="checkbox"/> 〇〇タ (1 2)(5価のみ 3)		<input type="checkbox"/> おたふく (1 2)	
	<input type="checkbox"/> 四種混合 (1 2 3 追加)		<input type="checkbox"/> インフルエンザ (今シーズン 1 2)	
	<input type="checkbox"/> BCG		<input type="checkbox"/> その他	
既往症	<input type="checkbox"/> 突発性発疹症	<input type="checkbox"/> おたふく	<input type="checkbox"/> 喘息又は喘息様気管支炎 (継続治療中・悪化時に治療)	
	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> 水痘	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん (今まで 回位 最後は 年 月頃)	
	<input type="checkbox"/> 入院歴がある (病名 歳 カ月) (病名 歳 カ月)			
その他	食物アレルギー	ない ある (具体的に)		
	常用内服薬	ない ある (具体的に)		
体質や癖など、心配なことや配慮が必要なことについて具体的に記入してください				

同意内容

- 1 利用中は施設職員の指示に従います。
- 2 利用時間を厳守します。
- 3 利用児童の症状に変化があった場合は、保護者から迎えに来ていただきます。なお、さくら通り保育園の看護師が受診の必要があると判断した場合は、保護者の同意を得たうえで医療機関への搬送、受診、治療、処置を行います。
また、保護者と連絡が取れた場合でもこれらが行われることがあり、その際発生する医療費等は保護者から負担していただきます。
- 4 利用にあたり、医療、食事及び精神面で心身に影響のある個人情報は隠さずさくら通り保育園に提供します。
- 5 万が一の事故については、さくら通り保育園の行う調査に全面的に協力し、解決の方法として用いるさくら通り保育園の加入する保険をもってすべての解決を行うことに同意します。
- 6 登録における情報は、実施施設に提供することに同意します。
- 7 登録に際し、世帯状況についてさくら通り保育園の確認することに同意します。
以上、私はさくら通り保育園病後児保育の利用にあたり、上記項目に同意します。

保護者氏名

受付日	4 . .	
-----	-------	--