

池田市病児・病後児保育施設登録届出書 【 年度】

池田市長様

池田市病児・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ます。

申請者名 印

電話番号

※下記の該当する事項の□にチェック又は○をつけてください。

児童の氏名・住所	フリガナ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	氏名		生年月日	年 月 日生
	住所		年齢	歳 か月
通園・通学施設等について	<input type="checkbox"/> 保育所、幼稚園、こども園、学校等に通園(通学)している <input type="checkbox"/> 通園(通学)していない (施設名: Tel:)			
かかりつけ医	(医療機関名: Tel:) 担当医師			
家族の状況	父・氏名		勤務先名	Tel:
	母・氏名		勤務先名	Tel:
	兄弟姉妹	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)
緊急連絡先	連絡先①		Tel:	
	連絡先②		Tel:	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
既往歴	<input type="checkbox"/> 突発性発しん <input type="checkbox"/> 異型肺炎(マイコプラズマ肺炎) <input type="checkbox"/> 麻しん(はしか) <input type="checkbox"/> とびひ <input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 風しん(三日ばしか) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 咽頭性結膜炎(プール熱) 治療: (内服薬 食事療法) <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"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 手足口病 < 乳 卵 そば 大豆 小麦 その他() > <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑(りんご病) <input type="checkbox"/> 脱臼 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> その他 ()			
予防接種	<input type="checkbox"/> BCG 未・済 () <input type="checkbox"/> B型肝炎 未・済 () <input type="checkbox"/> 日本脳炎 未・済 () <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 未・済 () <input type="checkbox"/> 四種混合 未・済 () <input type="checkbox"/> MR混合(麻しん・風しん) 未・済 () <input type="checkbox"/> 三種混合 未・済 () <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 未・済 () <input type="checkbox"/> ポリオ 未・済 () <input type="checkbox"/> インフルエンザ (歳) <input type="checkbox"/> 水痘(みずぼうそう) 未・済 () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> ヒブ感染症 未・済 ()			
その他	<input type="checkbox"/> ひきつけ 有 ・ 無 <input type="checkbox"/> 脱臼 有 ・ 無 有の場合 <input type="checkbox"/> ヘルニア 有 ・ 無 (過去 回) <input type="checkbox"/> 過去に大きな病気や怪我をしたことがある (最終の発作 年 月頃) (けいれん止めの薬) (使用方法)			
配慮してほしい点	(食事制限、薬物アレルギー等)			
下記太枠は記入しないでください。				
		登録日	年 月 日	
		登録番号		

(裏面)

同意書

池田市長様

私は、病児・病後児保育施設を利用するに当たり、次の内容について同意します。

1. 利用の際は、かかりつけ医（1歳未満児は市立池田病院）に受診し、病児・病後児保育室に利用申込書、診療情報提供書、家庭との連絡票、薬の説明書（処方箋等）を持参すること。また、かかりつけ医（1歳未満児は市立池田病院）に受診した後、利用当日の児童の症状の悪化により、利用できない場合があること。
2. 病児・病後児保育室が必要と認めるときは、病児・病後児保育室の指定する医師の診察又は診断を受けなければならない。この場合において、当該診察又は診断に要する費用は保護者の負担とする。
3. 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。
4. 児童の症状が急激に悪化した緊急時には、保護者に連絡せずに、医療機関に搬送を行い受診・治療措置が行われる場合があること。なお、その際発生する医療費等は、保護者が負担すること。
5. 児童の保育に当たっては、細心の注意を払い感染防止の徹底に努めるが、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は、当該保育室は、責任を負わないこと。
6. 病児・病後児保育室から指示された預かり時間は厳守すること。
7. 登録及び利用申込において池田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ること。また、必要に応じて医療機関に提供される場合があること。
8. 感染のおそれ等により、病児・病後児保育室が利用できないことが発生した場合には、当該保育室の指示に従う。
9. 利用者負担額決定のため、市税に関する課税資料の調査を承諾する。
10. 届出日の同年1月1日時点において住民登録していた市区町村により発行された（非）課税証明書を添付すること（届出日が8月31日以前の場合は、前年1月1日時点において住民登録していた市区町村により発行された（非）課税証明書を併せて添付すること。）。ただし、指定する日時点で池田市に住民登録されている場合は不要とする。
11. （非）課税証明書の提出がなく税額が不明な場合は、利用料を2,000円とすること。

年 月 日

住 所 _____

保護者氏名 _____

児童氏名 _____