

様式第 1 号 (第 8 条関係)

※ 登録番号	
--------	--

病児保育事業利用登録票

登録日 年 月 日

坂出市長 殿

(保護者) 氏名 _____

病児保育事業を利用したいので、坂出市病児保育事業実施要綱第 8 条の規定により、次のとおり登録します。

ふりがな 児童氏名 年 月 日生					
住所： 電話番号					
所属： 保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校					
かかりつけの医院名： 有 () ・ 無					
世帯員 および 家庭の 状況	氏 名	続柄	勤務先	勤務先 電話番号	備 考

※済ませた予防接種に○を記入してください。

BCG, 四種混合, 日本脳炎, MRワクチン (はしか・風疹), おたふくかぜ, 水痘,
インフルエンザ, その他 ()

※かかった病気に○を記入してください。

結核, 百日咳, はしか, 風疹, おたふくかぜ, 水痘, 溶連菌感染症, インフルエンザ,
その他 ()

※基礎疾患があれば○, または疾患名を記入してください。

気管支喘息, アトピー性皮膚炎, ジンマシン (), 心臓病,
腎臓病, ケイレン, 川崎病, その他 ()

※熱性ケイレン: 有 (今まで , 最後 年 月 日) ・ 無

※食物アレルギー: 有 (内容) ・ 無, 制限 有 ・ 無

※嫌いな食べ物:

※その他:

同意内容

- 1 利用中は市および実施施設職員の指示を守ること。
- 2 病児保育事業実施施設は, 細心の注意を払って病児保育事業を実施するが, 病児・病後児保育室内で児童同士の感染が起こった場合は, 当該病児保育事業実施施設は責任を負わないこと。
- 3 児童の症状が急激に悪化した場合には, 保護者が引き取ること。
- 4 緊急時には, 保護者の同意を得ないでも, 医療機関での受診, 治療, 処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, 保護者が負担するものとする。
- 5 登録や利用申込みにおいて知り得た情報は, 病児保育事業の範囲において, 病児保育事業実施施設に提供されること。

以上, 私は病児保育事業の利用に当たり, 上記項目に同意します。

保護者氏名 (自署)
