

登録番号	-	-
------	---	---

川西市病児・病後児保育事業利用登録申請書(市外在住児用)

年 月 日

実施事業者 様

下記のとおり、病後児保育施設の利用登録を申請します。なお、施設の利用にあたっては、裏面の事項に同意したうえで、病後児保育事業利用・変更申請書(様式第2号)を提出します。
また、下記の登録内容に変更があった場合は、施設の利用時に申し出ます。

申請者名 印

登 録 児 童	ふ り が な 児 童 氏 名		愛 称	性 別	生 年 月 日			
				男 ・ 女	平成 年 月 日 (歳 ヶ月)			
保 護 者 ・ 緊 急 連 絡 先	登録申請施設		病後児保育施設おひさまルーム (本申請書をもって、申請書に記載の個人情報が事業実施者へ提供されます。)					
	自宅住所(〒 -)							
	自宅電話番号: ()			自宅FAX番号: ()				
	児童の兄弟姉妹		歳(男・女)		歳(男・女)		歳(男・女)	
	通園施設名		()市区町村()保育園・幼稚園・小学校			電話 ()		
かかりつけ医		()医院・病院 ()先生						
父	氏 名		(歳)	続 柄	父・母・その他()			
	氏 名		(歳)	続 柄	父・母・その他()			
	勤務先: 職種:		携 帯 電 話		父: - - - - - 母: - - - - -			
母	勤務先: 職種:		Eメール アドレス		無 有(@ .)			
	電話: ()							
新生児期		異常なし・あり()						
発育・発達で気になること		なし・あり()						
予 防 接 種	— 受けたものに○をつけてください —							
	BCG ジフテリア・百日咳・破傷風(1回目・2回目・3回目・追加) 生ポリオ(1回目・2回目)							
	不活化ポリオ(1回目・2回目・3回目・追加) Hib(1回目・2回目・3回目・追加)							
	小児用肺炎球菌(1回目・2回目・3回目・追加) 麻しん・風しん(第1期・第2期)							
	日本脳炎(1回目・2回目・追加) 水痘(水ぼうそう) おたふくかぜ							
これまでにかかった主な感染症・病気 — かかった病気に○をつけてください —								
1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ								
6. 熱生けいれん(回数 回)(最後はいつ 年 月 日)(座薬の指示 有・無) 7. アトピー性皮膚炎								
8. 喘息および喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ) 9. その他 ()								
入 院 し た こ と	なし・あり (病名: 歳 ヶ月)		(病名: 歳 ヶ月)		(病名: 歳 ヶ月)			
	(病名: 歳 ヶ月)		(病名: 歳 ヶ月)		(病名: 歳 ヶ月)			
常時服用している薬		なし・あり(具体的に:)						
食事制限		なし・あり(具体的に:)						
そ の 他	体質(薬物アレルギー等)や、くせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい							

【施設利用にあたっての留意事項】

◆利用の手順

- 1 前日までに利用施設に対象者の病状や利用が可能かどうかを確認し、仮予約してください。
※予約受付時間 月曜日～土曜日:午後4時～午後5時
- 2 協力医療機関を受診し、「病後児保育事業医師連絡票」に記入の依頼をしてください。
※医療機関名はおひさまルームにお問い合わせください。
※各医療機関の診療日時等は、電話等で確認してください。
- 3 「病後児保育事業利用・変更申請書」と「病後児保育事業医師連絡票」を添えて、利用施設で手続きをしてください。
- 4 当日午前9時に本予約で、利用可能枠があるときに利用できます。

◆利用上の注意点

- 1 利用初日は受付後に職員が病状などをお伺いします。お子さまの状態によってお預かりできないこともあります。
- 2 当日のキャンセルはご遠慮ください。なお、前日までに体調が回復し、利用の必要がなくなった場合は、早めにご連絡ください。
- 3 お迎えは必ず利用時間内にお越しください。
- 4 お預かりしている間に、医療機関で受診する必要がある場合は、保護者に連絡のうえ受診させていただきます。
この医療費の自己負担金や交通費などの費用は保護者負担となります。
- 5 お子さまの病状が変化し、治療が必要になる場合などは、利用を制限したり利用の取り消しを行うことがあります。

◆利用当日に持参するもの

- 1 保護者からの病状連絡票
- 2 利用料等の自己負担金
(1) 児童1日1人当たり4,000円
※利用料の免除や減免の制度はありません。
(2) 食事代、おやつ代等の実費相当額(300円)
- 3 おやつ(アレルギー等、特別な配慮が必要な場合のみ。お茶は、実施施設で用意します。)
- 4 お薬(医師から処方されている場合のみ)
- 5 着替え・タオル(2～3枚程度)、必要な場合は食事用エプロン
- 6 オムツを使用している場合は紙オムツ10枚、粉ミルクを飲用している場合は粉ミルクと哺乳ビン
- 7 オムツや汚れた衣類などを入れるビニール袋、必要な場合はおしり拭き用のタオルなど