

令和2年度(2020年度)病児・病後児保育登録届

(宛先)箕面市教育委員会教育長

箕面市病児・病後児保育の利用について、次のとおり登録を届け出いたします。

保護者氏名

住所

登録を希望する病児・病後児室に○をつけてください (複数可) 1. 箕面市立萱野保育所内病児・病後児保育室 2. 箕面市立桜ヶ丘保育所内病後児保育室 3. 箕面市立東保育所内病後児保育室					
児童の 氏名	ふりがな 氏名	性別	男・女	愛称	
	生年月日	年	月	日	年齢 歳 か月
在籍施設	※認定こども園の場合 (幼稚園コース・保育コース)		平常時の 体温	℃	
緊急連絡先	① 氏名 続柄()		② 氏名 続柄()		
	勤務先名		勤務先名		
	勤務先電話		勤務先電話		
	携帯電話		携帯電話		
予防接種	BCG	未・済	水痘(水ぼうそう)	未・済	
	四種混合	未・済	流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	未・済	
	MR混合(麻疹・風疹)	未・済	日本脳炎	未・済	
※予防接種は1回でも投与している場合は済に○をつけてください。					
既往歴	<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 風疹(三日ばしか)		<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) <input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 肘内障
治療中の病気	(喘息・心臓疾患など)				
食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 食品()		* 医師の指示書を添付してください(コピー可) <input type="checkbox"/> エピペン持参あり		
薬物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 薬剤()		けいれんの有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 最終の発作 年 月 使用している薬剤()	
生活習慣	普段の食事量	<input type="checkbox"/> 少なめ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> よく食べる			
	苦手な食べ物	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()			
	午睡の時間	普段の午睡時間 時頃～ 時間程度			
	寝る時のくせ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> その他()			
排泄方法	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 午睡時のみおむつ <input type="checkbox"/> トレーニング中 <input type="checkbox"/> トイレ				
保育上配慮してほしいこと					

* 裏面の「同意書」もご記入ください。

* 幼稚園・認定こども園幼稚園コースのかたは施設等利用給付認定通知書の写しを添付してください。

* 生活保護世帯・市民税非課税世帯のかたは受給証明または課税証明書を添付してください。

同意書

(宛先)

箕面市教育委員会教育長

私は、病児・病後児保育室を利用するにあたり、次の内容について同意します。

- (1) 病児保育の利用の際は、利用当日に医療機関(かかりつけ医等)を受診し、病児・病後児保育室に病児・病後児保育利用申請書(診療情報提供書)、病児・病後児保育登録届(事前に届出をされていない場合のみ)、薬の説明書(薬剤情報書)を提出すること。また、医療機関(かかりつけ医等)受診後、利用当日に児童の症状が悪化し、利用できない場合があること。
- (2) 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。
- (3) 児童の症状が急激に悪化したときは、速やかに保護者に連絡のうえ、医療機関に搬送し、医師の判断により保護者の了解を得ないで受診・治療措置が行われる場合があること。なお、その際に発生する医療費等は、保護者が負担すること。
※児童の体調急変時に協力医療機関である箕面市立病院に搬送されたときは、初診料加算金が生じる場合があること。
- (4) 児童の保育にあたっては、感染防止に努めるが、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、当該保育室では責任を負わないこと。
- (5) 病児・病後児保育室から指示された預かり時間を厳守すること。
- (6) 登録及び利用申込みにおいて、本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、必要に応じて医療機関に提供される場合があること。
- (7) 病児・病後児保育室内での感染拡大等により、利用できない事態が発生した場合には、当該保育室の指示に従うこと。
- (8) 病児・病後児保育室をキャンセルする場合は、必ず、予約した病児・病後児保育室に連絡すること(キャンセルについては、病児・病後児保育室の留守番電話でも可能)。なお、利用しないにも関わらずキャンセルの連絡がないときは、次回以降の利用をお断りする場合があること。
- (9) 箕面市病児・病後児保育の利用案内の記載事項を全て確認し、利用規則を遵守すること。

年 月 日

保護者氏名 _____

保護者氏名 _____