ID		登録番号	

令和　年　病児保育室そらまめ利用登録申込書

令和　　年　　月　　日　記入

申請者名　　印

登録児童	ふりがな		愛　称	性別	生年月日
	児童氏名			男 女	年　月　日 (　歳　ヶ月)
	自宅住所（〒　－　）		自宅電話番号：　（　）		
	児童の兄弟姉妹《氏名・年齢・(性別)》				
	(　歳)(　)	(　歳)(　)	(　歳)(　)	(　歳)(　)	
	(　歳)(　)	(　歳)(　)	(　歳)(　)	(　歳)(　)	
	通園施設名	(　)市区町村 (　)保育園・幼稚園・こども園・小学校			

保護者連絡先	氏名	(　歳)	氏名	(　歳)
	続柄	勤務先：	続柄	勤務先：
		職　種：		職　種：
		職場電話：　(　)		職場電話：　(　)
		携帯電話：　(　)		携帯電話：　(　)

予防接種	四種五種	受けていない・受けた(1期1回　2回　3回　1期追加)		
	BCG	受けていない・受けた	おたふくかぜ	受けていない・受けた
	MR 麻しん・風疹	受けていない・受けた	小児用肺炎球菌	受けていない・受けた
	ヒブ	受けていない・受けた	B型肝炎	受けていない・受けた
	水ぼうそう	受けていない・受けた	ロタウイルス	受けていない・受けた

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熱性けいれん(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・喘息性気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ)　9その他(　)

入院歴	ない・ある（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	ない・ある(具体的に:　)
食事制限	ない・ある(具体的に：　)
その他	体質(薬物アレルギー等)や、癖など心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください

＊末尾の太枠はこちらで記入しますので記入しないで下さい。

利用料金	市内　・　市外	受付日		処理	

☆ 病児保育室 そらまめ 利用規約兼同意書 ☆

※利用登録申込書・利用規約兼同意書は、年度更新となります。

(利用等についての詳しい内容は HP をご覧ください)

1．病児の状態が悪化した場合は、保護者に引き取って頂きます。また、保護者に連絡が取れない場合、保護者が引き取りに来るまでに時間がかかる場合、または児童の状態が緊急を要する場合は、当施設の保育士・看護師の判断により病院へ受診し、医師の判断で保護者の了解を得ないまま医療行為（投薬）を行うことがあります。尚、その際に発生する医療費は保護者にご負担いただきます。

2．緊急時の救急車要請・医療機関受診の判断は当施設に一任してください。また、その際に保護者は搬入先の医療機関に至急向かってください。その際の移動や処置に要した費用は保護者にご負担いただきます。

3．当施設は、細心の注意を払って病児保育を実施しますが、やむを得ず施設内で子ども同士の感染が起こった場合は、当施設では一切責任を負いません。

4．病児保育室より指示された預かり時間を厳守してください。また、予約のキャンセルは利用当日の午前８時１０分までに必ずご連絡ください。

5．持ち物には全て記名してください。記名していないものが当施設で紛失しましても責任を負えません。

6．提出された資料を病児保育室で使用するほか、個人が特定されないように配慮した状態で利用状況（利用年月日・病名等）の統計報告にも使用いたします。

7．複数回にわたるお迎え時間の遅刻、無断キャンセルが続く場合、今後の利用をお断りするがご場合がございます。

8．避難指示発令時の休診等については、市が発令する災害レベル(病児保育はレベル３発令時)が発生した場合、安全が確保されるまでは本保育室は休室となります。ただし、保育中に発令または発生があった場合は児童を引き渡すまで開室としますので、安全を確認した上でお越しください。

9．受診の際に処方されたお薬の説明は、保育士からとなります。
（ご不明な点がありましたら、直接薬剤師にお問い合わせください）

１０.当施設のホームページ、SNS 等にお子さまの活動中の写真を掲載させていただく場合があります。掲載にあたりまして、個人情報の保護に十分配慮いたします。
写真掲載について、以下のいずれかに✓をご記入ください。

□ 写真掲載に同意します。　□ 写真掲載に同意しません。

私は、病児保育事業を利用するにあたり、上記の内容について理解し同意します。

年　　月　　日

対象児童氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　保護者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿