

(様式第1号)

## 須崎市病後児保育事業

登録申請書

利用申請書

須崎市 市長様

令和 年 月 日

申請者 住所 須崎市

氏名

印

登録番号					
ふりがな		男	生年	(満 歳 か月)	通園・通学中の
児童氏名			月日	平成 年 月 日生	保育園・学校名
利用希望期間	令和 年 月 日から	月 日まで	( 日間)	～	( )
家庭保育ができない理由	ア 勤務の都合 イ 傷病 ウ 出産 エ 事故又は災害 オ その他( )				
今回の病気について (いつからどんな状態でしたか)					
体質、持病、障害等で心配なことや配慮してほしいことがあれば記入してください					
以下は今年度最初に利用するときにご記入いただき、以降は変更がなければ同一年度中は記入の必要はありません。					
児童のかかりつけ医療機関	ア 病院名	イ 医師名			
妊娠・出産 時の状況	ア 妊娠中 異常 無・有 ( )	イ 分娩時 異常 無・有 ( )			
	ウ 出生時 異常 無・有 ( )	週数 ( ) 週	体重 ( ) g		
	エ その他 ( )				
既往症	ア はしか	イ 突発性発疹	ウ おたふく	エ 風疹	オ 百日咳
	カ 水ぼうそう キ その他 ( )				
予防接種	ア ポリオ	イ 風疹	ウ はしか	エ 水ぼうそう	オ おたふく
	カ BCG		キ 三種・二種		
アレルギー	ア 食物 無・有 ( )		イ 薬物 無・有 ( )		
保護者 及び 家族	氏名	続柄	自宅電話	緊急連絡先(勤務先等) 名称・電話	
		父			
		母			

### 誓約同意事項

- 1 本申請書の写しを病後児保育実施施設（以下「施設」という。）に送付することに同意する。
- 2 利用に際しては施設の指示を遵守する。
- 3 容体急変等緊急の場合には施設の医師の診察を受けることに同意する。

※ 利用申請の場合は裏面の主治医の所見が必ず必要です。

# 主治医の所見

☆ 病名

.....

- ・発病（推定） 令和 年 月 日
- ・感染症の場合の感染の恐れ （有 ・ 無）

☆ 投薬処方箋（その他留意事項）

.....

.....

この児童（裏面記載）は上記疾病回復期にあり、病後児保育事業の利用に支障がないと認める。

令和 年 月 日

☆ 病院名 .....

☆ 医師名 ..... 印

住 所 ..... 電話

（緊急時の主治医連絡先）

.....

（備考）①病後児保育での病後児保育中に容体の急変等緊急の場合は、実施施設の医師が診察することがあります。

- ②参考：回復期の範囲
- |           |       |            |
|-----------|-------|------------|
| ・日常罹患する疾病 | ..... | 急性期を経過した以降 |
| ・伝染病疾患    | ..... | 〃          |
| ・慢性疾患     | ..... | 発作が収まった以降  |
| ・外傷性疾患    | ..... | 病状が固定した以降  |