

堺市病児・病後児保育登録申請書

年 月 日

堺市長 殿

申込者(保護者) 住 所

氏 名

電話番号

堺市病児・病後児保育事業実施要綱第10条第1項の規定により、次のとおり登録の申請をします。

(フリガナ) 子どもの氏名			男	保護者との続柄
			女	
生年月日	年 月 日 生 ( 歳)			
通所状況	認定こども園			
	保育所(園)名			
	幼稚園名			
	小学校名			
	その他			
世帯区分	生活保護等・市民税非課税・所得税非課税・その他			

備考

- 「生活保護等世帯」とは、この事業を利用した日において、生活保護法の規定による被保護世帯（単給世帯を含む。）及び中国残留邦人等の円滑な帰国の促進並びに永住帰国した中国残留邦人等及び特定配偶者の自立の支援に関する法律による支援給付受給世帯をいう。
- 次の表に掲げる世帯区分の認定には、同表に定める証明書を添付してください。

世帯区分	必要な証明書等	発行窓口等
生活保護等世帯	生活保護受給証等受給が証明できる書類の写し	各保健福祉総合センター
市民税非課税世帯	世帯全員の所得証明書の写し	各区役所市民課
所得税非課税世帯	世帯全員の所得税非課税を証明する書類 (給与所得の源泉徴収票、確定申告書の控え等) の写し	勤務先、税務署への申告時の控え等

# (秘) 児 童 票

記入日 年 月 日

(フリガナ)	( )	男・女	愛称	生 年 月 日	年 月 日生	写真 (4cm×3.5cm)
児童氏名						
自宅住所	(〒 - ) 区	自宅電話 ( )				
通園施設等	名称 ( ) 認定こども園・保育所(園)・幼稚園・小学校・その他( )					
連絡先	緊急連絡先①		続柄( )	TEL	-	-
	緊急連絡先②		続柄( )	TEL	-	-
家族構成	氏名	続柄	就労形態(兄弟姉妹の場合は学年等) ※可能であればご記入ください。			備考
			会社員・自営・その他( )			
			会社員・自営・その他( )			
			会社員・自営・その他( )			
			会社員・自営・その他( )			
生育歴	妊娠中の異常	なし ・ あり ( )				
	出産時の異常	なし ・ あり ( )				
	出産時の体重	( )g 現在の体重 ( )kg				
	発育の状況	首のすわり( )カ月 おすわり( )カ月 一人歩き( )カ月				
食事	栄養法	( 母乳・粉ミルク・混合 )		離乳食開始時期	( ) カ月	
	食物アレルギー	なし ・ あり ( 卵・牛乳・小麦・大豆・その他 )				
	摂取時の症状					
その他	<平熱 °C>	かかりつけ医療機関				
	心配なこと・配慮してほしいこと等があれば、具体的に記入してください。 (例:薬物アレルギー・ひきつけを起こしたことがある等)					

予防接種	※ これまでに受けた予防接種の回数に○をつけてください。					
	インフルエンザ菌b型(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				
	ポリオ(経口・不活化) ※4種混合接種者は記入不要	1回目・2回目・3回目・追加				
	三種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加				
	四種混合(ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)	1期初回(1回目・2回目・3回目)・1期追加				
	BCG	未・済	B型肝炎	1回目・2回目・3回目		
	麻しん(はしか)・風しん	1期・2期	ロタウイルス	1回目・2回目・3回目		
	水痘(水ぼうそう)	1回目・2回目	おたふくかぜ	1回目・2回目		
	日本脳炎	1期(1回目・2回目・追加) 2期	インフルエンザ	最近受けたのは 年 月		
	その他 ( )					
既往歴	突発性発疹 麻しん(はしか) 風しん 水痘(水ぼうそう) おたふくかぜ その他( )					

※ 申請時、母子健康手帳を見ながら書いてください。

## 清恵会病児保育室「めぐみ」施設利用に関する同意書

事業実施者

社会医療法人 清恵会

理事長 森信 若葉

1. 当日のお子様の状態によってはお預かり出来ないことがあります。また、一旦お預かりした後でも、お子様の状態が変化して当施設での対応が困難と判断した際には、ご利用を中止していただく場合があります。
2. 当施設でお子様をお預かりする際、お子様の状態によっては診療情報提供書（医師連絡票）がある場合であっても、当院の医師による診察を受けて頂く場合があります。
3. お子様は急変することがあり、その際には状態に即した処置や投薬を行うことがあります。必ず連絡可能な電話番号を教えてください。また保護者の方と連絡がつかない場合は医療機関の判断で処置等を行う場合があります。
4. 病児保育室には様々な病気の方がいらっしゃいます。隔離室等の利用により感染防止には最大限注意しますが、場合によっては入室者間の感染を防げない時もありますのでご了承ください。
5. お迎えの時間に遅刻されたり、無断キャンセルされた場合は、以後のご利用をお断りする場合があります。

上記の事項について理解し同意します。

年 月 日

保護者氏名 \_\_\_\_\_ (印)