

様式第1号（第8条関係）

（表）

菊池市病児・病後児保育事業登録申請書 登録番号（ ）

菊池市長 様				年 月 日
次のとおり菊池市病児・病後児保育事業の登録を申請します。				
保護者 氏名		ⓐ		
住所				
電話				
ふりがな			男	生年月日 年 月 日
児童氏名			女	歳 か月
家族状況	氏名	続柄	年齢	勤務先名（学校、保育所）
緊急連絡先	1 氏名		連絡先 電話	
	2 氏名		連絡先 電話	
お子様の愛称		血液型	家族での主たる保育者	
保育所又は小学校名				
かかりつけ医名	電話			
	電話			
既往歴	時期	病名	病院名	（入院の 有 無）
	時期	病名	病院名	（入院の 有 無）

周産期	妊娠中の異常（なし あり ） 出生時体重 g 出産週数 週 出産時の異常（なし あり ）			
乳幼児の発達	首のすわり（ か月） おすわり（ か月） 1人歩き（ か月） 栄養法（母乳 人工 混合） 離乳食開始時期 前期（ か月） 中期（ か月） 後期（ か月） 幼児食（ 歳 か月） 人見知り（ か月） 母親の後追い（ 歳 か月） 初語（ 歳 か月）			
予防接種 済んでいるものに○を付けてください。	* 定期の予防接種 B型肝炎（ 1回 2回 3回 ） ヒブワクチン（インフルエンザ菌b型）（1回 2回 3回 追加） 小児用肺炎球菌（ 1回 2回 3回 追加 ） 4種混合Ⅰ期（ 1回 2回 3回 追加） Ⅱ期（1回） BCG 麻しん・風しん（ 1期 2期 ） 水痘（水ぼうそう） 日本脳炎Ⅰ期（ 1回 2回） 第Ⅰ期追加			
	* 任意の予防接種 おたふくかぜ インフルエンザ ロタウイルス その他（具体的に ）			
これまでにかかった主な感染症と病気に○を付けてください。	はしか おたふくかぜ 咽頭結膜炎 結核 熱性けいれん その他（具体的に ）	百日咳 突発性発疹 じんましん 喘息	風疹 手足口病 とびひ B型肝炎	水ぼうそう ヘルパンギーナ りんご病 アトピー性皮膚炎
アレルギー歴	なし あり（食品名 ） （薬品名 ）			
好きな遊びやおもちゃなど				
要望欄	希望される事や配慮して欲しい事などをお書きください。			

(裏)

病児・病後児保育利用誓約書
—菊池市病児・病後児保育事業—

年 月 日

菊池市長 様

この度、菊池市病児・病後児保育を利用する上は、事業目的を十分理解し、下記の諸事項を守り事業の円滑な運営に協力することを、本人（保護者）を持って誓約します。

記

- 1 保育内容についての苦情は事業実施者が示す方法により「苦情申立て」を行い、事業実施者と協力して改善します。
- 2 事業実施者から指示された預り時間は、厳守します。
- 3 預かりに当たり、医療、食事及び精神面での心身に影響のある個人情報隠さず事業実施者に提供します。
- 4 万一の事故については、事業実施者の行う調査に全面的に協力し、解決の方法として用いる事業実施者の加入する保険をもって全ての解決を行うことに同意します。
- 5 病状に変化があり、看護師の判断により医師の診察が必要になった場合に、かかった費用は負担します。
- 6 以上、すべての事項を守り、これに反する場合は保育を中止され、正当な権利の行使ができなくなっても異議はありません。

利用者（保護者） （郵便番号 ー ）

住 所

氏 名 ⑩

生年月日 年 月 日