

留萌市病児保育事業登録申込書 兼 代理受領同意書

年 月 日

留 萌 市 長 様

申込者 住 所 留萌市 町 丁目 番 号

氏 名

留萌市病児保育事業の利用について、次のとおり登録を申し込みます。

ふりがな		性別	生年月日	年	月	日
児 童 氏 名		男・女	年 齢	歳	か	月
同居 の 家 族	氏 名	続柄	生年月日	勤務先	勤務先電話	携帯電話
現在利用している 保育・教育施設等 について	<input type="checkbox"/> 認定こども園を利用 (施設名) <input type="checkbox"/> 留守家庭児童会を利用 (施設名 留守家庭児童会) <input type="checkbox"/> その他の保育施設を利用 (施設名)					

病児保育事業の登録及び利用に関する同意書

病児保育事業の登録及び利用する場合において次の点に同意いたします。

- ・児童の体調が急変した場合、原則として事前に保護者に連絡を取ることとしますが、速やかに連絡が取れない場合又は急を要する場合については、留萌市立病院での医療行為を優先することに同意します。
- ・保育時間中の与薬については、医師が処方した薬に限り、保育士が服用させることに同意します。
- ・利用児童が複数名であっても、同一の保育場所で保育を行うことから、風邪など二次感染のおそれがあることに同意します。

保護者氏名

印

留萌市長 様

助成金の代理受領に関する同意書

病児保育医師連絡書文書作成料助成金について、留萌市立病院が保護者に代わって請求及び受領することに同意します。

保護者氏名

印

留萌市長 様

(裏面)

児童状況調査票

生活実態について				
食 事	<input type="checkbox"/> 全て自分でできる <input type="checkbox"/> 他人の助けがあればできる <input type="checkbox"/> 全て他人に食べさせてもらう	食 欲 <input type="checkbox"/> 旺盛 <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 少食	着 脱	<input type="checkbox"/> 全て自分でできる <input type="checkbox"/> 簡単なものは自分でできる <input type="checkbox"/> 全て他人にやってもらう
	排せつ <input type="checkbox"/> 全て自分でできる <input type="checkbox"/> 他人の助けがあればできる <input type="checkbox"/> 自分ではできないが、知らせる <input type="checkbox"/> おむつが必要	言 語 <input type="checkbox"/> 普通に話をする <input type="checkbox"/> 話せないが、相手の言うことがわかる <input type="checkbox"/> 話せない		
遊 び	<input type="checkbox"/> 近所の子どもと普通に遊ぶ <input type="checkbox"/> 近所の子どもと遊ぶが、取り残されがち <input type="checkbox"/> 親（兄弟姉妹）としか遊ばない <input type="checkbox"/> いつも一人で遊びがち	運 動 機 能	<input type="checkbox"/> 普通に歩き、走る <input type="checkbox"/> 歩くが、うまく走れない <input type="checkbox"/> 一人でやっと歩く <input type="checkbox"/> まだ歩けない	
睡 眠	寝つき (<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い) 寝起き (<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 悪い)	性 格	<input type="checkbox"/> 明 朗 <input type="checkbox"/> 優しい <input type="checkbox"/> 素 直 <input type="checkbox"/> 勝 気 <input type="checkbox"/> 短 気 <input type="checkbox"/> 乱 暴	
予防接種について				
BCG	1. 受けていない 2. 受けた	麻しん・風しん混合	1. 受けていない 2. 受けた(回)	
Hib(ヒブ)	1. 受けていない 2. 受けた (回)	水ぼうそう	1. 受けていない 2. 受けた(回)	
小児用肺炎球菌	1. 受けていない 2. 受けた (回)	日本脳炎	1. 受けていない 2. 受けた(回)	
四種混合	1. 受けていない 2. 受けた (回)	おたふくかぜ	1. 受けていない 2. 受けた(回)	
三種混合	1. 受けていない 2. 受けた (回)	ロタ	1. 受けていない 2. 受けた(回)	
ポリオ	1. 受けていない 2. 受けた (回)	B型肝炎	1. 受けていない 2. 受けた(回)	
その他 ()				
これまでにかかった主な病気				
<input type="checkbox"/> 熱性けいれん (初回： 歳時 以後： 回反復 最終： 年 月) <input type="checkbox"/> ぜん息 (<input type="checkbox"/> 毎日服薬 <input type="checkbox"/> 発作時のみ服薬 <input type="checkbox"/> 服薬していない) <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 中耳炎 <input type="checkbox"/> 外耳炎 <input type="checkbox"/> 突発性発しん <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ その他 ()				
食物アレルギーについて				
<input type="checkbox"/> 無 ・ <input type="checkbox"/> 有 アレルギー品目 : アレルギーの症状： <input type="checkbox"/> アナフィラキシー <input type="checkbox"/> じんましん <input type="checkbox"/> アトピー (結膜炎・皮膚炎) <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> その他 ()				
その他保育上、注意すべき点について				