様式第３号(第14条関係)

西予市病児保育室利用登録申込書

年　　月　　日

西予市立西予市民病院
開設者　　様

申請者(保護者)　住　所

氏　名　　印

電　話

西予市立西予市民病院事業所内保育所設置及び管理運営規程第14条の規定により、病児保育室の利用をしたいので、次のとおり登録を申し込みます。

「児童票」

			登録番号	
ふりがな 児童氏名		男・女	生年月日	年　月　日 (　　歳　　か月)
保育所等				
健康保険	記号　　番号　　被保険者番号			
かかりつけの医療機関名				
これまでにかかった病気	□突発性発疹　□はしか　□風しん　□おたふくかぜ　□水痘 □熱性けいれん　初回　歳　ヵ月、　最後　歳　ヵ月（これまでに　回） □その他（　　）			
アレルギーの有無	アレルギー体質　なし　・　あり（具体的に　　） 薬のアレルギー　なし　・　あり（具体的に　　）			
予防接種	ヒブ　1　2　3　追加 小児用肺炎球菌　1　2　3　追加 四種混合　1　2　3　追加 ＢＣＧ　1 麻しん風しん　１期　２期 水痘　１回　２回		日本脳炎　1　2　追加 Ｂ型肝炎　1　2　3 ロタウイルス　1　2　3 おたふく風邪　1　2 インフルエンザ その他（　　）	
緊急連絡先	氏　名		続柄	電話番号
家庭の状況	ひとり親家庭　・　左記以外			
送迎タクシー	□送迎タクシーを利用する。		□送迎タクシーを利用しない。	

※ 裏面もご記入ください

病児保育事業　同意書

西予市立西予市民病院
開設者　　様

私は、病児保育事業を利用するに当たり、次の内容について同意します。

1.　利用中は、西予市立西予市民病院及び施設職員の指示を守ること。

2.　利用の際は、医療機関に受診し、実施施設に利用許可申請書及び医師連絡票を提出すること。また、医療機関に受診した後、利用当日の児童の症状の悪化により、利用できない場合があること。

3.　児童の症状が急激に悪化する緊急時には、保護者の同意を得た上で、実施施設の指定する医療機関での受診、治療、処置が行われること。また、保護者の連絡が取れない場合でも、これが行われることがあること。なお、その際に発生する医療費は、保護者が負担すること。

4.　児童の症状が急変し、保育の継続が困難と判断された場合は、実施施設からの連絡により、利用途中であっても迎えに来ること。

5.　児童の保育に当たっては、細心の注意を払い感染防止の徹底に努めるが、やむを得ず実施施設内で児童の相互感染が起こった場合は、当該実施施設は、責任を負わないこと。

6.　第17条ただし書に規定する病児保育事業の利用料の免除に該当する場合は、関連行政機関に対して必要な情報の提供を求めること。

7.　登録及び利用申込において、西予市立西予市民病院が知り得た情報は、病児保育事業の範囲内において、実施施設に提供されること。また、必要に応じて医療機関に提供される場合があること。

年　　月　　日

住　　所

保護者氏名　　印

（必ず申請者本人が署名してください）

児童氏名