

(表)

病児保育利用申請書

病児保育は、保護者の方に代わり看護師・保育士が病気のお子様をお預かりするものです。通常の外来で治療可能な病気に罹られたお子様が対象で、安静・投薬の療養をいたします。皆さんが安心してご利用いただけるよう、ご利用に当たっては必ず下記の重要確認事項の内容をご確認くださいようお願いいたします。

ご利用に当たっての重要確認事項

1. 予約をお受けしていても、医師の判断により、当日の朝の症状から保育ができないと判断した場合や、隔離室保育が必要とされ保育室に空きがない場合には、ご利用をお断りさせていただきますことがあります。
2. 利用者間の感染には細心の注意を払いますが、感染の可能性が全くないということではありません。
3. 新型コロナウイルス感染症、麻疹「はしか」や流行性角膜結膜炎「流行り目」など感染力が非常に強い病気又、病状が不安定など、高熱が続いている場合はご利用をご遠慮いただいております。
4. 当日の利用状況や症状により同室可能とされた場合は、複数人で同室の保育になることがあります。単独保育のご希望はお受けできません。
5. 水痘またはおたふく風邪に既にかかったことのあるお子様が通常の風邪で入室された際、水痘またはおたふく風邪のお子さまとの同室保育をお願いする場合があります。
6. 特別な理由がなく1歳以上のお子さまで、水痘ワクチン・MRワクチン（麻疹・風疹・混合ワクチン）・BCGの接種をされていない場合には、他のお子さまへの感染リスクを考慮して病児保育をご利用いただけない場合があります。
7. 保育中に症状の悪化等により保育の継続が困難となった場合には、予定時間前でもお迎えをお願いいたします。
8. 緊急の場合には、保護者の方には事後承諾で先に治療を開始する場合や、救急車対応をする場合があります。
9. ご利用当日は、必ず連絡が取れるようお願いいたします。
緊急連絡が取れなかったことにより不利益が生じても、当病児保育室では責任を負いません。
10. 病児保育室では、点滴などの医療処置は行いません。
11. 病児保育利用申請書に記入した時間までにお迎えをお願いいたします。事故・災害などのやむを得ない事情を除き、連絡のない遅刻を繰り返される場合には、次回からのご利用をお断りすることがあります。
12. 災害等により他の場所へ避難をした場合には、正面玄関に避難先を掲示しますので、お迎えは指定避難場所をお願いいたします。

上記内容を確認し、同意のうえ病児保育を申し込みます。

令和 年 月 日

住 所 _____

保護者様ご署名 _____

(裏)

フリガナ		男・女	H・R 年 月 日生 (歳 箇月)
児童氏名			
利用事由(保護者の状況)について、該当するところに○をつけてください。 1 勤務の都合 2 傷病 3 事故 4 出産 5 冠婚葬祭 6 その他()			
利用時間	時 分 ~ 時 分		
送迎者	☐ 送り 父・母・その他() ☐ 迎え 父・母・その他()		

緊 急 連 絡 先			
連絡順位	氏 名	続柄	緊 急 連 絡 先
1			☐ 携帯電話 () - ☐ 勤務先 () - 勤務先名 ()
2			☐ 携帯電話 () - ☐ 勤務先 () - 勤務先名 ()

利 用 児 童 状 況	
【通園施設等】 1. 保育所、幼稚園等 () 2. 小学校 () 小学校 () 3. その他 (自宅 ・ その他)	
【予防接種】 (これまでに受けた予防接種) 1. ヒブ 2. 小児用肺炎球菌 3. B型肝炎 4. ロタ *1価ロタリックス *5価ロタテック 5. 4種混合 6. BCG 7. 5種混合 8. MR(麻しん風しん混合) 9. 水痘(水ぼうそう) 10. 日本脳炎 11. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 12. インフルエンザ 13. 新型コロナ	【既往歴】 (これまでににかかった病気) 1. 突発性発疹 2. 熱性けいれん 3. 喘息・喘息様気管支炎 (薬の服用は、毎日・発作時) 4. アトピー性皮膚炎 5. 水痘(水ぼうそう) 6. 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ) 7. 麻しん(はしか) 8. 風しん(三日はしか) 9. 百日咳 10. てんかん 11. 川崎病(心臓合併症 有・無) 12. B型肝炎(キャリアー含む) 13. その他()
【食物アレルギー】 なし・あり(食品名)	
【薬アレルギー】 なし・あり(薬剤名)	
【常時服用している薬】 なし・あり(薬剤名)	
【入院の経験】 なし・あり(歳 か月:病名) (歳 か月:病名)	
心配なこと、配慮してほしいこと(具体的に記入してください。)	