

病後児保育事業 利用登録申請書および同意書

愛と希望の保育園

記入日 令和 年 月 日

ふりがな		男 ・ 女	・わかば幼稚園 ・愛と希望 (クラス) ・その他	平成・令和 年 月 日生	
児童名 愛称 ()				(歳 ヶ月)	
住所 (〒 -)			電話番号 自宅： 携帯：		
緊急連絡先① 氏名 (続柄) 電話番号 会社 (部署等) ・携帯			緊急連絡先② 氏名 (続柄) 電話番号 会社 (部署等) ・携帯		
利用 児 童 を 除 く 世 帯 員	氏名	続柄	生年月日	勤務先・学校名等	

利用児童について

出生状況: 第 子 出生時体重 g	分娩 : 正常・異常あり (仮死・早産・黄疸・その他)
アレルギー	無 ・ 有 食物アレルギー () その他 () アレルギー症状出現時の対処法: ()
けいれん	無 ・ 有 (有熱 ・ 無熱) 初回: 歳 ヶ月 最終: 歳 ヶ月 (これまでに 回) 坐薬の指示: 無 ・ 有 ()
喘息	無 ・ 有 (喘息性気管支炎を含む) 現在治療 無・有 (飲み薬・吸入・その他) 最終発作: 年 月 日 (入院有・無)
その他の 既往/入院歴	今までかかったことのある病気 (上記以外) と経過を書いてください 常時内服している薬: 無・有 (具体的に) 入院歴: 無・有 (歳 ヶ月/病名) (歳 ヶ月/病名)

裏面もご記入ください

気になる健康状態	皮膚が弱い ・ アトピー性皮膚炎 ・ よく吐く ・ 下痢 ・ 便秘 脱臼しやすい（部位： _____） ・ 中耳炎になりやすい（左・右） その他（ _____ ）		
体温： 平熱 _____ °C	かかりつけ医： _____		

予防接種（これまでに受けたワクチンを○で囲んでください。）

MR	1回目 ・ 2回目	小児肺炎球菌	1回目・2回目・3回目・4回目
四種混合	1回目・2回目・3回目・4回目	流行性耳下腺炎	1回目 ・ 2回目
BCG	未 ・ 済	B型肺炎	1回目 ・ 2回目 ・ 3回目
日本脳炎	1回目・2回目・3回目・4回目	ロタウイルス	1回目 ・ 2回目 ・ (3回目)
水痘	1回目 ・ 2回目	インフルエンザ	実施日 _____ 年 _____ 月 _____ 日
Hib（ヒブ）	1回目・2回目・3回目・4回目	その他	

心配なことや配慮してほしいことがあればご記入ください。

同意書

*病後児保育利用について

当施設の病後児保育では、感染症や骨折等の外傷性疾患により、集団生活が困難な乳幼児を有料でお預かりいたします。ただし、医師の診断を受け、その後の回復期にあたるお子さまが対象となります。このため、感染症にかかった場合、他者に感染を広げる可能性がある間はお預かりできませんのでご承知おきください。また、お子様の著しい体調変化などで、病後児保育中に保護者様にご連絡する場合があります。その際は速やかなお迎えにご協力をお願いします。

ご利用には、事前登録と電話予約（利用希望の前日15時まで）の手続きが必要です。病後児保育の定員が1名のため、先にご予約いただいた方を優先いたします。保護者様のご希望に添えない場合もありますので、予めご了承ください。

利用時間は、平日8時から17時まで（早朝・延長保育なし）、一日2,500円（食事代を含む）の利用料金となります。

*給食・おやつ提供に関して

病後児保育利用時の新規食物アレルギー発症を防ぐため、別紙の給食で出る可能性のある食材表を保護者様に確認していただいております。事前登録時にご記入いただいておりますが、電話予約時に再度確認いたします。2度以上摂取ができなかった食材については、その際にお知らせください。

*個人情報の取り扱いについて

学校法人国際教育機構では、お預かりした個人情報について、適切に管理・運用をしております。また、病後児保育事業に関することにのみ利用をさせていただき、個人情報を第三者へ提供することはいたしません。

学校法人国際教育機構 愛と希望の保育園

上記をご確認の上、署名・捺印をお願いいたします。

_____ 年 _____ 月 _____ 日

利用児童氏名 _____

保護者氏名 _____ 印 _____

(自筆の場合押印不要)