

藤沢市病児・病後児保育事業利用申込書

年 月 日

藤 沢 市 長

〔 事業実施者：鈴木 誠
 実施施設：長後中央医院併設型病児ほいくしつ湘南 〕

申請者
 (保護者) 住 所 _____
 氏 名 _____ (続柄 _____)
 電話番号 (自 宅) _____
 (携 帯 電 話) _____

藤沢市病児保育事業実施要綱第22条第3項の規定に基づき、次のとおり、病児保育事業の利用を申し込みます。

登 録 児 童	フリガナ		性 別	生年月日	年 月 日	
	氏 名		男・女	年 齢	歳 カ月	
通常利用施設	施設名	(電話番号 _____)				
利用開始 希望日等	年 月 日 ()		午前 午後	時 分	～ 午前 午後 時 分	
利用事由 (保護者の状況)	<input type="checkbox"/> 勤務の都合 <input type="checkbox"/> 疾病 <input type="checkbox"/> 出産 <input type="checkbox"/> 看護・介護 <input type="checkbox"/> その他 (_____)					
	※就労(学)の 場合は記入		父 親		母 親	
	(名称)		(名称)		(名称)	
	(住所)		(住所)		(住所)	
	(通勤等時間) 片道 分		(通勤等時間) 片道 分		(交通手段)	
緊急連絡先 (保護者連絡先)	1 番 目	(氏名)	(続柄)	(携帯電話番号)		
		(連絡先名称)		(連絡先電話番号)		
	2 番 目	(氏名)	(続柄)	(携帯電話番号)		
		(連絡先名称)		(連絡先電話番号)		
	3 番 目	(氏名)	(続柄)	(携帯電話番号)		
		(連絡先名称)		(連絡先電話番号)		
主 治 医 (かかりつけ医)	医療機関名	(電話番号 _____)				
	担当医師					
アレルギー の有無	アレルギーの項目 (_____)					
	無 ・ 有 ※食事制限がある場合、その程度 (_____)					
	※抗アレルギー薬の使用 (無 ・ 有)					
児童の容体が 変化した場合	01 保護者が主治医に連れて行く		03 その他			
	02 実施施設が指定する医療機関で受診する		(_____)			
注 意 事 項						

【利用に係る同意事項】

私は、病児・病後児保育の利用にあたり、次の事項に同意します。

- 1 利用開始後に児童の容体が急変した場合は、保護者(申請者)が連絡に従い、来所すること。
- 2 児童の容体が急激に悪化した場合は、医師が必要判断した検査、処置、治療等(医療機関の受診、入院加療を含む。)が行われること。
- 3 事前に保護者と連絡が取れない場合であっても、治療を優先し、治療内容がやむを得ず事後報告になる場合があること。

(申請者署名) _____