

韮崎市病児・病後児保育所利用申請書

申請日 年 月 日

(宛先) 韮崎市長				
			申込者 住所 氏名 (※)	
(※) 本人が手書しない場合は、記名押印してください。				
韮崎市病児・病後児保育所を(1 仕事 2 傷病 3 事故 4 出産 5 介護・看護 6 冠婚葬祭 7 その他〔 〕のため利用したいので、下記の内容について同意し申し込みます。 記 1 症状の変化に伴い、緊急に医師の診察を受ける必要があると職員が判断したとき、保護者の承諾なしに受診することに同意いたします。 2 その治療に要した費用は保護者が負担することに同意します。				
緊 急 連 絡 先				
① 氏 名 続柄() 勤務先等 () 携帯電話 ()	② 氏 名 続柄() 勤務先等 () 携帯電話 ()			
本日お迎えに来る方について 氏名 () 続柄 () お迎えの予定時刻(時 分頃)			お迎えの方が変更になる場合は、必ずご連絡ください。	
ふりがな		性別	生年月日	年 月 日
児童氏名			(年齢)	(歳 か月)
今回の病名				
実施施設での昼食提供の有無	有 ・ 無			
	※ 有の場合、実費負担あり			
利用の予定について (1 利用を希望する (日間) / 2 利用を希望しない) ※利用を予定している方は、予約状況をご確認ください。				
備 考				
※ 保育所記入欄				

※印には記入をしないでください。

ご利用にあたって

病児病後児保育所スマイルでは、病状がその回復傾向にあり、この保育サービスの利用が可能だと医師が認める児童の皆様をお預かりしています。

*病状発症初日（急性期）は、病状の急変が非常に高いと言われています。初日はできるだけご家庭での療養をお願い致します。

① 次のような場合はお子様の安全のため、速やかなお迎えをお願いする場合がありますのでご了承ください。なお、緊急時には蕪崎市立病院小児科を受診します。状況により、受診と保護者の到着が前後する場合があります。緊急時を除いては、病院受診の際には必ず保護者の付き添いが必要となります。

*明らかにぐったりしている。機嫌が悪い。

*脱水症状の兆候がみられる。

（半日以上排尿がない。尿量が少なく尿の色が濃縮している。

水分が摂れない。

嘔吐している。頻回な下痢をしている。

*発症後3日以上経過しても症状が改善されない。

（発熱、下痢、嘔吐が続いている。呼吸困難）

*呼吸困難がみられる。

（顔色、口唇の色が悪い。呼吸数の異常。怒力呼吸。SpO₂ 95%以下）

*他の病気が疑われる場合。

②この事業の実施過程で各市町村及び事業実施施設が知る事となった個人情報について、子どもの健康管理及び事業の円滑な運営のために必要な範囲内で、各市町村及び事業実施施設、関係医療機関の間で情報を提供することがあります。ご了承ください。

上記の内容について 承諾いたします

年 月 日

保護者氏名
