

病児保育室利用申請書

年 月 日

申請者 住所 〒 ー

氏名

電話番号

次の記載のとおり、みなくちこどもクリニック病児保育室の利用を申し込みます。

ふりがな 利用児童名		男 女	平成・令和 年 月 日生 歳 か月
在籍する保育所(園)・ 学校等の名称			
主な症状		投薬	あり ・ なし
利用日	年 月 日	利用時間	: ~ :
予防接種	打ったことがあるものすべてに○をしてください。 ・ヒブ ・肺炎球菌 ・B型肝炎 ・四種混合 ・五種混合 ・BCG ・水痘 ・ポリオ ・麻しん風しん(MR) ・おたふくかぜ ・日本脳炎 ・インフルエンザ ・二種混合(DT) ・子宮頸がん(HPV) ・新型コロナワクチン		
かかったことのある 病気	これまでにかかった病気、入院して治療した病気、手術歴などあればご記入ください。		
緊急連絡先 ※必ずつながる連絡 先をご記入ください。	氏名	続柄	連絡先
			職場) 携帯)
			職場) 携帯)

承諾書

私はみなくちこどもクリニックの病児保育事業を利用するにあたり、以下の内容に同意します。

記

1. 保育中の病状の急変時等に備え、貴施設と連絡がとれるようにすること。
2. 保育中の病状の急変時は、保護者の同意のもと医療行為や他の医療機関へ移送すること。但し、生命の危機的状況時はこの限りではなく、医師の判断に任せる。
3. 保育中に病状の悪化等の理由により、保育の継続ができない状況と医師が判断したときは、利用の途中であっても利用児童を保護者が迎えに来ること。
4. 病状の変化により処置が必要となった場合には、医療行為(点滴、注射、服薬、検査等)を受けさせること。

以上

年 月 日

申込者(保護者) _____

【施設記入欄】

診察 連絡票 住民票(甲賀市・他市) 概算利用料金 確認者()

ID : 病名 :