

別記

第1号様式（第7条関係）

大田区病児保育送迎事業事前登録申請書

年 月 日

病児保育施設

_____施設長 様

申込者（保護者） 氏 名 _____

住 所 _____

大田区病児保育送迎事業の利用にあたり、次のとおり、事前登録します。

乳幼児・児童	(フリガナ) 氏 名	生年月日	年 月 日
		男・女	(歳 か月)
緊急連絡先	氏 名	連絡先 1	連絡先 2
	続 柄	父・母・その他 ()	父・母・その他 ()
	勤 務 先		
	勤務先電話		
	携 帯 電 話		
在学・在園名	保育園 電 話		
かかりつけ医	病院・医院 電 話		

※ 以下項目について、大田区病児保育送迎事業を利用する病児保育施設において既に利用登録等により、同じ内容を報告している場合は、病児保育施設に同意のもと記入の省略を可とする。

(記入を省略した場合は、項目右の☑をつけること)

予 防 接 種	これまでに受けた予防接種に <input checked="" type="checkbox"/> と【 】内の回数に ○ を付けてください。	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 三種混合【1期1回 2回 3回 追加】 <input type="checkbox"/> 生ポリオ【1回 2回】 <input type="checkbox"/> 四種混合【1期1回 2回 3回 追加】 <input type="checkbox"/> 不活化ポリオ【1回 2回 3回 4回】 <input type="checkbox"/> 麻疹風疹混合【1期 2期】 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう【1回 2回】 <input type="checkbox"/> 日本脳炎【1期1回 2回 追加】 <input type="checkbox"/> おたふくかぜ【1回 2回】 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> 小児用肺炎球菌ワクチン <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19)	
既 往 歴	これまでにかかった病気に <input checked="" type="checkbox"/> と【 】内の内容にコメント及び ○ を付けてください。	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 突発性発疹症 <input type="checkbox"/> はしか <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん【これまでに 回・最後は 年 月 日・座薬指示 有・無】 <input type="checkbox"/> 喘息又は喘息性気管支炎【継続治療中・悪化時治療】 <input type="checkbox"/> その他【 】	
入 院	入院経験がある場合、具体的にお書きください。	<input type="checkbox"/>
	【病名： 歳 か月】 【病名： 歳 か月】	
薬	常用している薬がある場合、具体的にお書きください。	<input type="checkbox"/>
そ の 他	食事制限（食物アレルギー）がある場合、具体的にお書きください。	<input type="checkbox"/>
	体質（薬物アレルギー等）や心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。	
		<input type="checkbox"/>

※ 事前登録にあたっては、本書に加えて「大田区病児保育送迎事業利用に関する同意書(第2号様式)」を記入すること。

大田区病児保育送迎事業利用に関する同意書

病児保育施設

_____施設長 様

申込者（保護者） 氏 名 _____

住 所 _____

上記の病児保育施設において、大田区病児保育送迎事業を利用するにあたり、以下の事項の内容に同意します。

大田区病児保育送迎事業（以下「本事業」という。）とは、仕事等の理由により児童を迎えに行くことが困難な保護者の代わりに、病児保育室の看護師等又は保育士が、保育所等において体調不良となった乳幼児等を迎えに行き、当該病児保育施設へ送り届ける事業をいいます。

※ 次のすべての項目を必ずお読みいただき、送迎利用に同意される場合は、最下段に署名してください。同意がない場合は利用できません。

	確 認 項 目
お 迎 え 時 等 の 対 応 に つ い て	お迎えに行くのはお子様にとって面識のない大人です。 体調が悪い中、面識のない大人に知らない場所に連れていかれることは、お子様の心身への負担が大きいということを十分理解した上で、利用すること。
	病児保育施設の当日の利用状況（定員に達しているなど）や申込時に他の児童が送迎対応を利用中の場合は、利用できないまたは送迎対応の利用を待つことがあること。
	本事業の利用対象となる病気は、発熱・咳・下痢などの入院を必要としないもの、重症疾患等ではないこと。
	本事業を利用することとなった場合は、本事業を利用すること・病児保育施設名および迎えにくる看護師もしくは保育士名を必ず保育園に電話で伝え、お子様のお預けをお願いすること。
	お迎え先の保育所等で、お子様の症状から送迎に向かった看護師もしくは保育士の判断により利用困難と判断した場合は、本事業を利用できないことがあること。
	万一、送迎中の車両事故により、お子様が受傷された場合は、送迎車両の加入する保険による補償を行うこと。
	送迎後は、病児保育室施設併設医療機関にて診察を行うこと。

	確 認 項 目
利 用 料 に つ い て	タクシーにより送迎を行った場合、送迎にかかる実費費用（迎車・乗車・待機時間）のうち1回あたり1,000円を上限として利用料を負担すること。
	病児保育施設所有の自家用車により送迎を行った場合、1回あたり1,000円の利用料を負担すること。
	以下に該当し病児保育が行われない場合であっても、送迎利用料（※）を負担すること。 <ul style="list-style-type: none"> ・併設医療機関での診察の結果、併設医療機関以外での治療が必要と判断された場合 ・本事業の途中で病状が急変し併設医療機関以外に救急搬送した場合 ※ タクシーにより送迎を行った場合は、実費費用の全額。
	お子様のお迎え時に以下の費用を施設に支払うこと。 <ul style="list-style-type: none"> ・送迎利用料 ・病児保育利用料 ・併設医療機関の診察、その他必要な検査に要した費用
送 迎 後 の 対 応	併設医療機関での診察にあたり必要な事項（直近の既往歴・現在服薬中の薬等）について問い合わせの電話連絡があった場合は、その内容について伝えること。
	併設医療機関の診察後、病状の説明や検査、治療についての同意を電話で行うこと。連絡が取れない場合は、併設医療機関の判断により検査・治療を行うこと。
	病状が悪化した場合など、送迎後に病児保育の継続が困難と病児保育施設が判断した際は、お迎えをお願いする場合があること。
	緊急を要する場合は、保護者の了解を得ないままに医療機関に搬送し、検査、処置治療等を行う場合があること。
	その他併設医療機関又は病児保育施設から必要時に電話連絡があった場合は、これに応じること。
	あらかじめ定められた病児保育施設の利用時間までに迎えに来ること。
そ の 他	大田区病児保育送迎事業事前登録申請書及び当書類等に記載された内容について、保育園等と情報を共有することがあること。

上記、確認事項に同意します。

年 月 日

申込者（保護者）署名