|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *磐梯町体調不良児支援事業利用申請書*  *令和　　　年　　　月　　　日*  *磐梯町長　様*  *保護者住所：磐梯町大字　　　字　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印*  *電話番号*  *次のとおり、利用したいので申請します。* | | | | | | | | | |
| 児童氏名（ふりがな） | | | | 保険証記号番号 | | － | | 通園・通学先 | |
|  | | | | 保険者番号 | |  | | □磐梯保育所　□磐梯幼稚園  □磐梯一小　　□磐梯二小  □磐梯中学校  □児童館を利用している  □こども館を利用している | |
|  | | | | 男  ・  女 | 生年月日 | | |
| Ｈ　　　　．　　　． | | |
| 磐梯町医療センター以外にかかりつけ医があれば記入して下さい。（会津管内）  □　かかりつけ医【かかりつけ医の場合は診療受付までで、受診・見守りはできません】  【病院名 　 　　　　　　　　　電話番号　　　　　 　　　　　　】  【病院名　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　　　　　　　　　　　　　 】 | | | | | | | | | |
| 既往歴 | | 1.突発性発疹　2.麻疹（はしか）　3.水痘（水ぼうそう）　4.風疹（三日ばしか）  5.咽頭結膜熱（プール熱）　6.流行性耳下腺炎（おたふくかぜ）　7.ヘルパンギーナ  8.百日咳　9.手足口病　10.伝染性紅斑（りんご病）　11.熱性けいれん　12.川崎病  13.異型肺炎（マイコプラズマ肺炎）　14.結核　15.喘息　　16.アトピー性皮膚炎  17.心臓病（ 　　　　　　　　　）　１８.てんかん  1９.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| アレルギー体質の有無 | | 【有・無】「有」の場合はアレルギーの種類を詳細にお書きください  １.食べ物（ 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  ２.　薬 （ 　 ）  ３.その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　） | | | | | | | |
| 常備服用薬 | | 【有・無】「有」の場合は薬の**名称・用法**を詳細に記入ください。 | | | | | | | |
| 障がい  の有無 | | 【有・無】「有」の場合は障がいの状態を詳細に記入してください。  障がい名又は診断名（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）  手帳名及び等級（　　　　　　　　　　）　特別児童扶養手当認定（　無　・　有　） | | | | | | | |
| 保護者  連絡先 | 優先順位 | | 氏　名（関係） | | | | 連絡先名称 | | 電話番号 |
| 第１ | | （　　　　） | | | |  | |  |
| 第２ | | （　　　　） | | | |  | |  |
| 第３ | | （　　　　） | | | |  | |  |
| 第４ | | （　　　　） | | | |  | |  |

**（裏面につづく）**

|  |
| --- |
| 同　意　書  　私は、磐梯町体調不良児支援事業を利用するにあたり、次のとおり同意いたします。（同意できない事項がある場合は、本事業の利用はできません）  １．町の保育所、幼稚園、小中学校及び児童館、こども館の児童生徒が、各施設管理下において体調不良となり、保育や修学に堪えない状況になった場合、保護者不在でも磐梯町医療センターで受診することについて同意します。  ２．医療センター以外のかかりつけ病院の場合は、その医療機関まで送り届けるのみということを了解し、速やかに迎えに行くことを同意します。  　　ただし、保護者が到着前でも、急を要する病状の場合は、医師の判断により処置を行うことに同意します。  ３．医療機関において、お子さんがインフルエンザ等の感染症（学校感染症）と診断された場合又は、疑いがある場合は、保護者の管理下において保育することに同意します。  ４．本事業利用申請にあたり提出した情報を磐梯町医療センターに提供することに同意します。  令和　　　年　　　月　　　日  保護者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　印  児　童　名 |