災害時における代替保育利用登録書

年 月 日

(宛先)　松江市長

保護者 住　　　　所 〒　　 　-

氏　　　　名

災害時における代替保育の利用登録をしたいので、次のとおり届け出ます。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 | フリガナ | 男・女 | 愛称 |  |
| 生年月日 | 年 月 日 ( 歳 ヶ月) |
| 家庭の状況 | 父 | 氏名 | 勤務先名 |  |
| 勤務先電話番号 |  |
| 母 | 氏名 | 勤務先名 |  |
| 勤務先電話番号 |  |
| その他 |  |
| 緊急連絡先 | 氏 名： 　　　　　　　　児童との続柄：電話番号：　　　　　　　　　　　　 ( 勤務先 ・ 自宅 ・ 携帯 )※確実に連絡することができる電話番号を記入してください。 |
| 児童が通っている保育所等 | 現在通っている保育所(園)・認定こども園等の名称電話： |
| かかりつけ医 |  | 平熱 | ℃ |
| 利用を希望する保育所 | □ 城東保育所　　 □ 幼保園のぎ |

※ 保険証に関する書類及び子ども医療費受給資格証の写しもあわせてご提出ください。

※ 申請は毎年必要となります。

＜留意事項＞

　・保護者の方が代替保育施設まで送迎してください。

　・災害の状況により、緊急に連絡があった場合はお迎えをしてください。

　・災害の状況によっては代替保育を実施しないこともあります。

登録にあたり、上記の留意事項に全て同意した上で、登録します。

署名

裏面も記入してください

|  |  |
| --- | --- |
| 生 育 歴 | 首のすわり ( ヶ月) おすわり ( 　　　　　　　　ヶ月)一人歩き ( ヶ月) 栄養法 母乳 ・ 人工 ・ 混合離乳食摂取期間 ( 　　　　ヶ月～　　　　　 ヶ月)人見知り (　　　　 ヶ月) 母親の後追い (　　　　 ヶ月)初語 ( 　　　　歳　　　　 ヶ月) |
| 感染症歴 | ・麻しん(はしか)： 　　歳 　　　ヶ月 ・風しん：　　 歳　　 ヶ月・水痘(水ぼうそう)：　　 歳 　　　ヶ月・百日せき： 　　歳 　　ヶ月 ・おたふくかぜ：　　 歳 　　ヶ月・その他(具体的に)： |
| これまでにかかった主な病気 |  |
| 予防接種（接種回数を記入してください） | 定期接種 | ヒブワクチン　未　　・　　　　回 | 小児用肺炎球菌　未　　・　　　　回 |
| 四種混合　　　未　　・　　　　回 | 　B型肺炎　　　　未　　・　　　　回 |
| 　三種混合　　 未　　・　　　　回 | 　ポリオ　　　　　未　　・　　　　回 |
| 　BCG 　　 未　　・　　　　回 | 　MR（麻しん風しん混合）　未　　・　　　　回 |
|  水痘（水ぼうそう）未　　・　　　　回 | 　日本脳炎　　　　未　　・　　　　回 |
| 任意接種 | 　ロタウイルス　　　未　　・　　　　回 |  |
| おたふくかぜ　　未　　・　　　　回 |  |
| アレルギー | なし　・　あり　（原因物質：　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 好きな遊び |  | 嫌いなこと |  |
| 寝かしつけ方 |  |
| その他 | 体質(薬物アレルギー等)やくせ等の心配なこと、配慮してほしいこと、食事の状況等を記入してください。※代替保育では、与薬は受け付けていません。 |