

# 当日受付票・同意書

利用者氏名 \_\_\_\_\_

○該当するものにチェックまたは記入をしてください。

1 課税状況について

※これは利用負担金にかかわるものです

- 市民税課税       市民税非課税       生活保護       わからない

2 通われている園名・学校名

- \_\_\_\_\_ 保育園・認定こども園・幼稚園（      歳児クラス）  
 \_\_\_\_\_ 小学校      年      組

3 利用したい期間

- \_\_\_\_\_ 月      日を1日のみ希望  
 \_\_\_\_\_ 月      日～ \_\_\_\_\_ 月      日を希望

4 今回の症状

いつから \_\_\_\_\_ 月      日（      ）

どんな（該当するものはすべて）

- 発熱    咳    鼻水    嘔吐    下痢    その他（      ）

5 次回の受診日の有無

- ある      \_\_\_\_\_ 月      日（      ）  
 ない

6 家族や身近な人（親戚や友達）の感染症罹患の有無

- いる      どなた \_\_\_\_\_ （症状      ）    いない

7 保育施設や学校施設の感染症流行の有無

- 流行している      （ お子さんのクラス    同じ学年    他学年    施設全体）  
 流行していない

<病名>

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 新型コロナウイルス感染症                | <input type="checkbox"/> 溶連菌感染症          |
| <input type="checkbox"/> 感染性胃腸炎ノロウイルス・ロタウイルス・アデノウイルス | <input type="checkbox"/> アデノウイルス感染症      |
| <input type="checkbox"/> 感冒性腹症（おなかのかぜ）               | <input type="checkbox"/> ヒトメタニューモウイルス感染症 |
| <input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎                   | <input type="checkbox"/> 流行性角結膜炎         |
| <input type="checkbox"/> 百日咳                         | <input type="checkbox"/> 伝染性紅斑（りんご病）     |
| <input type="checkbox"/> RSウイルス感染症                   | <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎（おたふくかぜ） |
| <input type="checkbox"/> インフルエンザ A・B                 | <input type="checkbox"/> その他（      ）     |

## 同意書

私は、病児保育園を利用するにあたり、次の内容について同意します。

- 1 児童の保育にあたっては、細心の注意を払い感染防止の徹底に努めますが、入室者間の感染を防げないことがあります。
- 2 疾患が同じ場合、ほかのお子さんと同室保育になることがあります。
- 3 保育中に症状が悪化し、保育の継続が困難になったときには予定時間前でもお迎えの連絡をいたします。

令和      年      月      日

保護者氏名 \_\_\_\_\_