神栖市災害時における代替保育利用登録届出書

**別　紙**

年　　　月　　　日

（宛先）

　　　　神栖市長

　　　　　　　　　　　　　保護者　住所

　　　　　　　　　　　　　　　　　氏名

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話（自宅）

　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

災害時における代替保育の利用登録をしたいので、裏面【留意事項】に同意し、次のとおり届出します。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 児童氏名 | フリガナ | | 男・女 | | | 愛称 | | |  |
| 生年月日 | 年　　　　月　　　　日　　（　　　歳　　　　ヶ月） | | | | | | | | |
| 家族の状況 | 父 | 氏名 | | 母 | | | 氏名 | | |
| 勤務先名 |  | | 勤務先名 | | |  | | |
| 所属名 |  | | 所属名 | | |  | | |
| 勤務先の  電話番号 |  | | 勤務先の  電話番号 | | |  | | |
| 祖父母 | 氏名 | | 祖父母 | | | 氏名 | | |
| 住所 | | 住所 | | |
| 氏名 | | 氏名 | | |
| 住所 | | 住所 | | |
| 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。 | | | | | | | | |
| 代替保育の利用事由 |  | | | | | | | | |
| 児童が通っている保育所等 | 現在通っている保育施設等の名称  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話： | | | | | | | | |
| かかりつけ医 |  | | | | 平熱 | | | ℃ | |
| 利用を希望する施設 | □　神栖市保健・福祉会館　　　　□　はさき福祉センター | | | | | | | | |
| 利用時間 | 時　　　　分　　　　～　　　　　時　　　　分 | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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型肝炎　　　　　 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 | |
| ロタウイルス　　 　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。 | | | | |

【留意事項】

１　災害時の状況により、代替保育は実施しない場合があります。

２　代替保育実施場所は、状況等により変更となる場合があります。

３　保護者の責任において、送迎を行ってください。

４　災害の状況により、緊急連絡があった場合は、早急に引き取りを行ってください。

５　保育時間中に必要な食事及び水分は、全て持参してください。

６　当日、持参する物には、全て記名してください。