

2019年度 病児・病後児保育事業利用登録申込書

診察券登録番号

所長

年 月 日記入

大久保 節士郎 殿

申請者名

登 録 児 童	児 童 氏 名		愛 称	性別	生 年 月 日	
				男 女	H (歳 ヶ月) *4ヶ月から小学校3年生まで登録可	
	自宅住所 (〒 -) 市					
	電話番号: ()					
	通園施設名	立川市・()市()保育園・幼稚園・小学校				
かかりつけ医	無・有()					
家 族 構 成 (同居)	続柄	氏 名	年齢	保護者連絡先		
			歳	保護者続柄	勤務先名: (なし・求職中) 職種:	
			歳	()	携帯電話: - -	
			歳	保護者続柄	勤務先名: (なし・求職中) 職種:	
			歳	()	携帯電話: - -	
		歳	メールアドレス (携帯)	有 無	@ . .	
新生児期	出生時の異常 無・有()		発育・発達	ふつう・健診や通園施設で指摘あり		
予 防 接 種	1.BCG	受けていない・受けた	2.三種混合	受けていない・受けた()回	3.四種混合	受けていない・受けた()回
	4.Hib(ヒブ)	受けていない・受けた()回	5.肺炎球菌	受けていない・受けた()回		
	6.MR(麻疹・風疹混合)	受けていない・受けた()回		7.B型肝炎	受けていない・受けた()回	
	8.ロタ	受けていない・受けた()回		9.ポリオ	受けていない・受けた *経口(生ワクチン):()回 *注射(不活化ワクチン):()回	
	10.水ぼうそう	受けていない・受けた()回		11.おたふくかぜ	受けていない・受けた()回	
	12.日本脳炎	受けていない・受けた()回		13.その他接種したもの	() () ()	
	か か つ た 病 気	1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. 食物アレルギー 7. 熱性けいれん (何回 回) (最後いつ 年 月 日) (座薬指示 _____℃以上・無) 8. アトピー性皮膚炎 9. 喘息および喘息様気管支炎 (継続治療中・悪化時治療のみ) 10. その他 (吸入したこと 有・無) ()				
入 院 し た こ と	なし・あり (病名: 歳 ヶ月) (病名: 歳 ヶ月) (病名: 歳 ヶ月) (病名: 歳 ヶ月)					
慢性的に内服している薬	なし・あり (内服薬の名前・回数)					
慢性的に使用している 軟膏・吸入薬	なし・あり (軟膏の名前・回数) (吸入薬の名前・回数)					
除 去 食	なし・あり (具体的に:)					
そ の 他	体質(薬物アレルギー等) やくせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい					
*23時以降のキャンセル料発生について [承諾する・承諾しない] (詳細は保育室ご利用シートをお読み下さい)						
*個人情報の取り扱いについて [同意する・同意しない・一部不同意:不同意の項目()] 個人情報を別紙「診療に於ける個人情報の利用目的」に示した目的で利用させていただきます						

受付日	.	.	処理	登録 / 内容 / P / カルテ / 情報 /
-----	---	---	----	--------------------------

子ども診療所 病児保育室ばおばお TEL 042-521-2777 FAX 042-521-2780