

令和4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

令和 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・R (歳 ヶ月) *2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 | 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 っ 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:) <input type="checkbox"/> エピペン所持 | | | | | |
| 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 | | | | | | |