

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

立川市長 殿

***ご希望の登録先に○をつけて下さい**

年 月 日記入

(ぼけっと病児保育室・病児保育室ぱおぱお)

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 (〒 -) 立川市					
	電話番号: ()					
家 族 構 成 (同居)	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)
			歳	()	職種:	
			歳		携帯電話:	- -
			歳	保護者続柄	勤務先名:	(なし・求職中)
		歳	()	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 /			
さいわいこどもクリニック ぼけっと病児保育室			TEL 042-536-7333 FAX 042-536-3370	子ども診療所 病児保育室ぱおぱお		TEL 042-521-2777 FAX 042-521-2780