

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

立川市長 殿

**\*ご希望の登録先に○をつけて下さい**

令和 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・R ( 歳 月) *2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: ( )					
児童	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	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 月)	(病名: 歳 月)	(病名: 歳 月)	(病名: 歳 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"/> エビペン所持
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 /	
さいわいこどもクリニック			TEL 042-536-7333	子ども診療所		TEL 042-521-2777
ぼけっと病児保育室			FAX 042-536-3370	病児保育室ぱおぱお		FAX 042-521-2780