

令和6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 大久保 節士郎 殿

令和 年 月 日記入

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					
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 (自宅 TEL: - -)		
			歳	保護者 続柄 ()	勤務先名: (なし・求職中)	
			歳		職種: 勤務先 TEL: - -	
			歳	保護者 続柄 ()	勤務先名: (なし・求職中)	
			歳		職種: 勤務先 TEL: - -	
		歳	メールアドレス	@		
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.Hib (ヒブ)	受けていない・受けた () 回		6.BCG	受けていない・受けた	
	2.肺炎球菌	受けていない・受けた () 回		7.MR (麻疹、風疹混合)	受けていない・受けた () 回	
	3.B型肝炎	受けていない・受けた () 回		8.みずぼうそう	受けていない・受けた () 回	
	4.四種混合	受けていない・受けた () 回		9.おたふく	受けていない・受けた () 回	
	5.ロタ	受けていない・受けた () 回		10.日本脳炎	受けていない・受けた () 回	
	11.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 (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 (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 (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 病児保育室ぱおぱお TEL 042-521-2777 FAX 042-521-2780