

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

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 日 (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					
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(自宅TEL: - -)		
			歳	保護者続柄	勤務先名: (なし・求職中) 職種: 勤務先TEL: - - 携帯TEL: - -	
			歳	()		
			歳	保護者続柄	勤務先名: (なし・求職中) 職種: 勤務先TEL: - - 携帯TEL: - -	
			歳	()		
		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 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 (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 /		

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
---------------------------	--------------------------------------	---------------------	--------------------------------------