

令和7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

令和 年 月 日記入

立川市長 殿

**申請者名**

|   |  |                                |    |                     |  |  |
|---|--|--------------------------------|----|---------------------|--|--|
| 登録<br>児童  | 児童氏名   |                                | 愛称 | 性別                  | 生年月日   |  |
|   |  |                                |    | 男<br>女              | H・R<br>( 歳 ヶ月)<br>*概ね2ヶ月から小学校3年生まで登録可                |  |
|   | 自宅住所 (〒 ) 立川市  |                                |    |                     |  |  |
|   | 通園施設名  | 立川市・( )市( )保育園・こども園・幼稚園・小学校・なし |    |                     |  |  |
| かかりつけ医  |  | 無・有( )                         |    |                     |  |  |
| 家族<br>構成<br>(同居)  | 続柄   | 氏名                             | 年齢 | 保護者連絡先              |  |  |
|   |  |                                | 歳  | 緊急連絡先①<br>保護者続柄( )  | 勤務先名: (なし・求職中)<br>職種:<br>勤務先 TEL: - -<br>携帯 TEL: - - |  |
|   |  |                                | 歳  | 緊急連絡先②<br>保護者続柄( )  | 勤務先名: (なし・求職中)<br>職種:<br>勤務先 TEL: - -<br>携帯 TEL: - - |  |
|   |  |                                | 歳  |                     |  |  |
|   |  |                                | 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<br>接種  | 1.Hib (ヒブ)   | 受けていない・受けた( )回                 |    | 7.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                 |    | 8.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                 |    | 9.みずぼうそう            | 受けていない・受けた( )回                                       |  |
|   | 4.ロタ   | 受けていない・受けた( )回                 |    | 10.おたふく             | 受けていない・受けた( )回                                       |  |
|   | 5.四週混合   | 受けていない・受けた( )回                 |    | 11.日本脳炎             | 受けていない・受けた( )回                                       |  |
|   | 6.五種混合   | 受けていない・受けた( )回                 |    | 12.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<br>7. 熱性けいれん ( 回) (最終 年 月 日) (座薬指示 _____℃以上・無) 8. アトピー性皮膚炎<br>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) (吸入したこと 有・無 )<br>10. その他 ( ) →現在の状況 (経過終了・継続受診中 病院: 回/月・年) |                                |    |                     |  |  |
| 入院<br>したこと  | なし・あり (病名: 歳 ヶ月) (病名: 歳 ヶ月)<br>(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<br>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<br>なし・あり (具体的に: )   |                                |    |                     |  |  |
| * 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 ] (詳細はホームページをご確認ください)                                       |  |                                |    |                     |  |  |
| * 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( ) ]<br>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 | . | . | 登録 | 内容 |  |
|-----|---|---|----|----|--|

**子ども診療所 病児保育室ぱおぱお TEL 042-521-2777 FAX 042-521-2780**