

<登録年月日>
 年 月 日

病児保育利用登録書

利用児童	児童氏名	性別	生年月日
	フリガナ	男・女	平成 年 月 日生
			歳 か月
	自宅住所 〒 -		
	自宅電話 () -		
通園(学)等状況 ※○印 保育園等 ・ 小学校 ・ 自宅保育		施設名	
保護者	保護者氏名	続柄	連絡先
	フリガナ		携帯電話 () -
			勤務先名： 勤務先電話 () - (内線)
	保護者氏名	続柄	連絡先
	フリガナ		携帯電話 () -
	勤務先名： 勤務先電話 () - (内線)		

↓ お答えできる範囲で、下記該当欄をご記入(○印及び記述)ください ↓

1. 成育歴等

周産期	妊娠中の問題	無 ・ 有 ()	
	出生体重	g (週数) 週 日	
	出生時の問題	無 ・ 有 ()	
発育	栄養	母乳 ・ 人工 ・ 混合	
	寝かせ方	うつ伏せ ・ あお向け	
アレルギー	食物	無 ・ 有	食物 ・ 食品名 ()
	※食事制限の程度 →		1 : 自主的(保護者判断)に避けている 2 : 医療機関から「禁止」を指示されている
	環境	無 ・ 有	ダニ ・ 花粉 ・ ハウスダスト ・ 猫 ・ その他 ()
	薬	無 ・ 有	薬品名 ()

2. 既往歴(代表疾患) ※該当番号に○印

1	突発性発疹	9	アトピー性皮膚炎
2	麻疹(はしか)	10	川崎病
3	風疹	11	心臓疾患
4	水痘(水ぼうそう)	12	腎臓疾患
5	流行性耳下腺炎(おたふく)	13	熱性けいれん(初回 歳 か月、これまで 回)
6	咽頭結膜熱(プール熱)	14	てんかん
7	百日ぜき	15	その他 ()
8	喘息・喘息性気管支炎	16	なし

3. 既往(先天性疾患含め)・入院歴・現状

	病名(病院名)	発症年齢	入院	現状
1	()	才	無 ・ 有	完治 ・ 通院中 ・ 観察中
2	()	才	無 ・ 有	完治 ・ 通院中 ・ 観察中
3	()	才	無 ・ 有	完治 ・ 通院中 ・ 観察中

↓ ※裏面につづく ↓

4. 常時使用・服用している薬

	薬 剤 名	種 別	回 数
1		内服薬 ・ 軟膏 ・ 吸入薬	回 / 1日
2		内服薬 ・ 軟膏 ・ 吸入薬	回 / 1日
3		内服薬 ・ 軟膏 ・ 吸入薬	回 / 1日

5. 健康診断結果（保育園、学校等） ※異常のあったものの番号に○印

1	心電図	4	レントゲン検査
2	血液検査	5	その他（ ）
3	尿検査		

※上記結果に対して、治療・指導等を受けている場合は、内容をご記入ください。

※該当するものがあつた場合は、関連書類を提出してください

6. その他、お知らせしておきたいことや配慮してほしいことについてご記入ください

【 同意書欄 】

(児童氏名)

_____が病児利用中、症状悪化した場合に「診察」「解熱剤」「抗けいれん剤(ダイアップ座薬)」「吸入」の使用は、大府あおぞら有床クリニック医師の判断にお任せします。

年 月 日

保護者氏名

印

《 予防接種状況 》 ※接種が終わっている所まで○を記入してください

ワクチン名	1回目	2回目	3回目/追加	追加
インフルエンザ菌b型 (ヒブ)				
肺炎球菌 (PCV13)				
B型肝炎 (HBV)				
ロタウイルス				
ロタリックス				
ロタテック				
四種混合 (DPT-IPV)				
三種混合 (DPT)				
二種混合 (DT)				
BCG				
不活化ポリオ (IPV)				
生ポリオ				
麻疹・風疹 (MR)				
水痘				
おたくふかぜ				
日本脳炎				
毎年インフルエンザワクチンを接種していますか?		はい ・ いいえ		
ヒトパピローマウイルス (HPV)				

【注意】年齢 (月齢) 相応の予防接種がお済の方のみお預り対象とさせていただきます。