

病児保育利用登録用紙

記入日 平成 年 月 日

ふりがな			男 ・ 女	平成 年 月 日生 (歳 ヶ月)
お名前				
愛称				
自宅住所	(自宅電話番号 ☎)			
保育所(学校)名				
かかりつけ医				
保護者	氏名	勤務先・連絡先	個人携帯番号	
			☎	
			☎	
出生について	・生まれたときの 体重 () g 身長 () cm ・生まれたときは 何週でしたか () 週 () 日 ・出生時に治療を受けましたか いいえ はい → 黄疸 仮死 その他			
発育について	・首がすわった () か月 ・寝返り () か月 ・お座り () か月 ・はいはい () か月 ・ 歩行 () か月 ・乳児健診等で何か指摘されたことがありますか (いいえ ・はい →) ・発育は順調でしたか (はい・いいえ →)			
既往歴	・麻疹 ・風疹 ・おたふくかぜ ・水ぼうそう ・百日咳 ・突発性発疹 ・肺炎 ・喘息 ・中耳炎 ・髄膜炎 ・川崎病 ・アトピー性皮膚炎 ・その他 () 熱性けいれん (回数 回) (最後は 年 月 日) (坐薬 の指示 有・無)			
入院歴	なし・あり → 病名 () 経過 (完治・経過観察中・治療中) 病名 () 経過 (完治・経過観察中・治療中)			
予防接種	・ヒブ (回) 済み ・三種混合・四種混合 1期①②③ (追加) 済み ・肺炎球菌 (回) 済み			

お名前

予防接種	<ul style="list-style-type: none">・生ポリオ（ 回）済み・不活化ポリオ（ 回）済み・BCG 済み・水ぼうそう 済み・おたふく 済み・ロタウイルス（ 回）済み・B型肝炎（ 回）・麻疹 風疹（1期）済み（2期）済み
その他	

◎内服薬や注射でアレルギーを起こしたことはありますか（いいえ・ はい→ ）

◎食べ物でアレルギーを起こしたことがありますか（いいえ・ はい→ ）

保護者意向確認票

1 処置について

預かり中に医師が必要と判断した場合は、処置をしてもよろしいですか。

- ・はい（診察代が発生することがあります。）
- ・いいえ
- ・連絡して確認して欲しい（TEL ）

※必ず連絡がとれるところ、できるだけ固定電話でお願いします。

2 薬の処方について

預かり中に医師が必要と判断した場合は、薬を処方して投薬してもよろしいですか。

- ・はい（診察代が発生することがあります。）
- ・いいえ
- ・連絡して確認して欲しい（TEL ）

※必ず連絡がとれるところ、できるだけ固定電話でお願いします。

お子様の容態により、急を要する処置、または投薬が必要な場合はこの限りではありません。

3 病児・病後児保育事業者間で情報を共有することに同意します。 チェック欄

平成 年 月 日