

## 病児保育利用登録用紙

記入日 令和 年 月 日

ふりがな		男	平成	年	月	日生
お名前		・	令和	年	月	日生
愛称		女	( 歳 か月)			
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 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 ・生ポリオ ( 回) 済み ・不活化ポリオ ( 回) 済み ・BCG 済み					

お名前

予防接種	<ul style="list-style-type: none"><li>・水ぼうそう 済み</li><li>・おたふく 済み</li><li>・ロタウイルス ( ) 済み</li><li>・B型肝炎 ( )</li><li>・麻疹 風疹 (1期) 済み (2期) 済み</li></ul>
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。 保護者押印又はサイン欄

令和 年 月 日

