

登録日	
-----	--

病児保育室うさぎ 利用登録票・同意書

カルテ番号	
-------	--

氏名:	愛称:	性別:	<input type="radio"/> 男性 <input type="radio"/> 女性
ふりがな:	生年月日: 平成・令和	年 月 日	年齢: 歳
住所:	自宅電話番号:		
通園施設名:	かかりつけ医:		

1. 保護者

父・氏名	母・氏名
名称	名称
住所	住所
電話	電話
父・勤務先	母・勤務先
父・携帯	母・携帯

緊急連絡先(優先順位を記入)

母勤務先()	父勤務先()	保護者以外()
同居の家族(父母以外)		母携帯() 父携帯()
続柄	氏名	年齢

保護者以外の緊急連絡先

氏名	電話番号	続柄

2. 新生児期

出生時の異常 無 有 ()

発育・発達 ふつう 健診・通園施設で指摘あり

指摘内容:

3. 予防接種

ヒブ 1回 2回 3回 追加

肺炎球菌 1回 2回 3回 追加

三種混合 1回 2回 3回 追加

ポリオ 受けた 受けていない

四種混合 1回 2回 3回 追加

ロタ 1回 2回 3回

B型肝炎 受けた 受けていない

BCG 受けた 受けていない

MR 1期 2期

おたふくかぜ 1回 2回

水ぼうそう 1回 2回

インフルエンザ 1回 2回

日本脳炎 1回目 2回目 1期追加 2期

4. かかった病気

突発性発疹 水ぼうそう 熱性けいれん 発達障害

はしか おたふくかぜ 喘息・喘息様気管支炎 その他

風疹 アトピー性皮膚炎 食物アレルギー

熱性けいれん 回数/最終日 回 ()

座薬の指示/使用体温 無 有 (°C以上)

喘息・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 無 有

その他かかった病気

入院歴 無 有 ()

常時内服している薬 無 有 ()

常時使用している軟膏・吸入薬 無 有 ()

除去食 無 有 除去している食材 ()

減免申請 無 有

その他伝えたいこと:

入室中、児の状態や経過に応じて、医師が必要と判断した場合(緊急時も含む)には、検査や処置(吸入・浣腸・点滴など)、薬の処方などを行います。その際はこどもクリニック八本松での診療扱いとなり、保険に応じた診療代やお薬代が発生します(保育料・食費とは別途必要です)。

上記の内容について理解し、同意いたします。

令和 年 月 日

保護者氏名

入室児名