

2020 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

立川市長 殿

*** ご希望の登録先に○をつけて下さい**

令和 年 月 日記入

(ぼけっと病児保育室・病児保育室ぱおぱお)

申請者名

登 録 児 童	児 童 氏 名			愛 称	性別	生 年 月 日			
					男 女	H・R・ (歳 ヶ月) *4 ヶ月から小学校3年生まで登録可			
	自宅住所 (〒) 立川市								
	電話番号: ()								
	通園施設名	立川市・() 市 () 保育園・幼稚園・小学校							
かかりつけ医		無・有 ()							
家 族 構 成 (同居)	続柄	氏 名	年齢	保護者連絡先					
			歳	保護者 続柄	勤務先名: (なし・求職中) 職種: 携帯電話: - -				
			歳	()					
			歳	保護者 続柄	勤務先名: (なし・求職中) 職種: 携帯電話: - -				
			歳	()					
			歳	メールアドレス (携帯)	有 無	@ . .			
新生児期		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 接 種	1.BCG	受けていない・受けた		2.三種混合	受けていない・受けた () 回		3.四種混合	受けていない・受けた () 回	
	4.Hib(ヒブ)	受けていない・受けた () 回			5.肺炎球菌	受けていない・受けた () 回			
	6.MR(麻疹・風疹混合)	受けていない・受けた () 回			7.B型肝炎	受けていない・受けた () 回			
	8.ロタ	受けていない・受けた () 回			9.ポリオ	受けていない・受けた *経口(生ワクチン):() 回 *注射(不活化ワクチン):() 回			
	10.水ぼうそう	受けていない・受けた () 回			11.おたふくかぜ	受けていない・受けた () 回			
	12.日本脳炎	受けていない・受けた () 回			13.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 7. 熱性けいれん (何回 回) (最後いつ 年 月 日) (座薬指示 _____℃以上・無) 8. アトピー性皮膚炎 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) 10. その他 (吸入したこと 有・無) ()								
入 院 し た こ と	なし・あり (病名: 歳 ヶ月) (病名: 歳 ヶ月) (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 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:)							
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								
* 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] (詳細は保育室ご利用シートをお読み下さい)									
* 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()] 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	・		処理			登録	内容 / P / カルテ / 情報 /		
さいわいこどもクリニック ぼけっと病児保育室				TEL 042-536-7333 FAX 042-536-3370		子ども診療所 病児保育室ぱおぱお TEL 042-521-2777 FAX 042-521-2780			