

病児・病後児保育室事前登録票

※太枠内をご記入ください。

登録番号		受付者	受付日	記入日： 年 月 日	
			月 日		
登録児童	氏名（ふりがな）		愛称	性別	生年月日
	()			男・女	年 月 日生 (歳 か月)
	好きな遊びなど				
	自宅住所		(〒 -)		
	自宅電話番号		通園・通学施設名		
	かかりつけ医		医療機関名： 担当医： 先生		
保護者	1	氏名(ふりがな)	()	携帯電話番号	
		勤務先		勤務先電話番号	
		e-mail			
	2	氏名(ふりがな)	()	携帯電話番号	
		勤務先		勤務先電話番号	
		e-mail			
予防接種 (ワクチン)	B型肝炎		□ 無 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日) □3回 (年 月 日)		
	H i b		□ 無 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日) □3回 (年 月 日) □ 追加 (年 月 日)		
	小児用肺炎球菌		□ 無 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日) □3回 (年 月 日) □ 追加 (年 月 日)		
	ロタウイルス		□ 無 1価 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日) または 5価 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日) □3回 (年 月 日)		
	百日咳、ジフテリア 破傷風、ポリオ		四種混合DPT-IPV □ 無 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日) □3回 (年 月 日) □追加 (年 月 日)		
			または 三種混合DPT □ 無 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日) □3回 (年 月 日) □追加 (年 月 日)		
			不活性ポリオ □ 無 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日) □3回 (年 月 日) □追加 (年 月 日)		
			生ポリオ □ 無 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日)		
	BCG		□ 無 □ 済 (年 月 日)		
	はしか(麻疹)、風疹		MR(麻疹・風疹) □ 無 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日)		
			または はしか(麻疹) □ 無 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日)		
風疹 □ 無 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日)					
水痘		□ 無 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日)			
おたふくかぜ		□ 無 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日)			
インフルエンザ		□ 無 □1回 (年 月 日) □2回 (年 月 日)			

(裏面に続く)

(裏面)

これまでの病気	出産時の異常	<input type="checkbox"/> あり	詳細				
	突発性発疹	<input type="checkbox"/> 済					
	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> あり	これまでの回数	回			
		初 回	歳	か月	最 後	歳	か月
		医師の指示					
	アレルギー	<input type="checkbox"/> あり	詳細				
		症 状					
		制 限					
	病 名 ①				歳	か月	<input type="checkbox"/> 入 院
	病 名 ②				歳	か月	<input type="checkbox"/> 入 院
病 名 ③				歳	か月	<input type="checkbox"/> 入 院	
薬	常用している薬（内服薬・塗り薬・吸入薬など）があれば、具体的にお書きください。						
その他	保育室に伝えておきたいこと ※体質（薬物アレルギー等）や、心配な事、配慮してほしい事について、具体的にお書きください。						
事務局使用欄							

次の内容に同意して登録し、病児・病後児保育室を利用します。

- 1 「秋川流域病児・病後児保育事業医師連絡票」があっても、当日の児童の状態などにより利用できない場合があること。
- 2 保育中に児童の症状が急変するなどの理由により、保育の継続ができないと判断されたときは、利用の途中であっても迎えに来ること。
- 3 保育中に児童の症状が急変するなどし、医療機関の受診が必要と判断したときは、救急病院等へ搬送する場合があること。
- 4 利用児童同士の感染が起こらないよう、細心の注意を払っても、施設的特性上、感染が起こる可能性があること。
- 5 保育室の利用時間を厳守し、利用時間内に必ず迎えに来ること。

保護者氏名 _____