

平成30年度

病児・病後児保育室利用登録申請書

登録番号

※すべてご記入ください

記入日：平成 年 月 日

申請者名：

登録児童	児童氏名		愛称	性別	生年月日
	ふりがな			男・女	平成 年 月 日 (歳 月 日)
	自宅住所	(〒 -)			
	自宅電話番号	- -			
	通園施設名	奈良市 () 市 () 保育園・幼稚園/学年 ()			
かかりつけ医	なし・あり ()				

家族構成(同居)	続柄	氏名	年齢	保護者連絡先		
			歳	保護者氏名	勤務先名	
			歳	続柄 ()	職種	
			歳		携帯電話	- -
			歳	保護者氏名	勤務先名	
			歳	続柄 ()	職種	
		歳		携帯電話	- -	
		歳		携帯メールアドレス		

周産期	在胎週数 () 週 出生体重 () g 異常 なし・あり ()
乳幼児期	発達の問題 なし・あり ()

予防接種	1.Hib (ヒブ)	受けていない・受けた () 回	2.肺炎球菌	受けていない・受けた () 回
	3.B型肝炎	受けていない・受けた () 回	4.四種混合	受けていない・受けた () 回
	5.ロタ	受けていない・受けた () 回	6.BCG	受けていない・受けた () 回
	7.三種混合	受けていない・受けた () 回	8.MR (麻疹・風疹混合)	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.水痘	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	接種したものがあれば教えてください () () ()		

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.熱性けいれん (回) (最後は 年 月 日) (座薬の指示: なし・あり _____℃以上)
	7.喘息および喘息性気管支炎 (継続治療中 ・ 悪化時治療のみ)
	8.アトピー性皮膚炎 9.その他 ()

入院歴	なし・あり(病名: いつ: 歳 月) (病名: いつ: 歳 月)
-----	----------------------------------

常時内服している薬	内服薬	なし・あり (内服薬の名前: 回数:)
	軟膏	なし・あり (軟膏の名前: 回数:)
	吸入薬	なし・あり (吸入薬の名前: 回数:)

食物アレルギー	なし・あり ()
---------	-----------

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、ご心配なこと、配慮してほしいことがありましたら、具体的にご記入ください*
-----	---

保育士記入欄

医療法人立名会

受付日 平成 年 月 日 処理

たちばなこどもランド 病児・病後児保育室

病児・病後児保育室利用についての同意書

平成 年 月 日

たちばなこどもランド 殿

〈申請書〉

住所

保護者氏名

㊞

児童氏名

私は、病児・病後児保育事業を利用するにあたり、下記の内容について同意します。

記

1. 児童の状態が悪化した場合には、保護者に引き取って頂きます。また、保護者に連絡が取れない場合、保護者が引き取りに来るまでに時間が長い場合又は児童の状態が緊急を要する場合は、医師の判断で保護者の了解を得ないまま医療行為を行うことがあります。尚、その際、発生する医療費は、保護者にご負担頂きます。
2. 病児・病後児保育室は細心の注意を払って病児・病後児保育事業を実施するが、やむを得ず病児・病後児保育室内で子ども同士の感染が起こった場合は、当該病児保育室は責任を負いません。
3. 病児・病後児保育室より指示された預かり時間を厳守してください。
4. 提出された資料を病児・病後児保育室で使用するほか、利用状況（利用年月日・病名等）の統計報告にも使用致します。
5. その他、病児・病後児保育室の指示事項をお守りください。