

病児保育 登録カード

No. _____

受付年月日	・	・	保育所・こども園・幼稚園・小学校名	
ふりがな				生年月日
氏名	(男・女)			年 月 日生
住所	〒			
医療機関 (かかりつけ医)				主治医
保護者連絡先	保護者氏名①			保護者氏名②
	勤務先			勤務先
		☎		☎
	連絡先 (自宅・その他)	☎ (自宅)		☎ (自宅)
		☎ (携帯)		☎ (携帯)
周産期	●妊娠中	正常	異常 ()	
	●出産時	正常	異常 ()	
	●生下時体重 (出生時)		g	
発育状況	栄養 (母乳 人工 混合)			○首のすわり () ヶ月ごろ
	離乳食開始	前期	ヶ月	○おすわり () ヶ月ごろ
		中期	ヶ月	
		後期	ヶ月	○一人歩き () ヶ月ごろ
	幼児食	歳	ヶ月	

実施施設長 様

本用紙で病児保育登録を希望する児童について、利用時の病状の変化に対する措置として私及び代理の者が迎えに行く事ができない場合は、主治医への往診依頼を貴施設よりされる事、また、往診が不可能である場合には貴施設の判断する医療機関で受診する事に同意いたします。

年 月 日 住 所

保護者氏名 印

※裏面もご記入ください。

(児童氏名)

(該当する□にチェックを入れて下さい)		予防接種	既往症
□BCG		(年 月)	
□B型肝炎		1 回 (年 月) 2 回 (年 月) 3 回 (年 月)	
□ヒブ(Hib)		1 回 (年 月) 2 回 (年 月) 3 回 (年 月) 追加 (年 月)	
□小児用肺炎球菌		1 回 (年 月) 2 回 (年 月) 3 回 (年 月) 追加 (年 月)	
□四種混合		1 回 (年 月) 2 回 (年 月) 3 回 (年 月) 追加 (年 月)	
□三種混合		1 回 (年 月) 2 回 (年 月) 3 回 (年 月) 追加 (年 月)	
□急性灰白髄炎		1 回 (年 月) 2 回 (年 月) (生 ・ 不 活 化) 3 回 (年 月) 追加 (年 月) (不 活 化 の み)	
□水痘(水ぼうそう)		1 回 (年 月) 2 回 (年 月)	(年 月)
□麻疹風疹(MR)混合		1 期 (年 月) 2 期 (年 月)	
□日本脳炎		1 回 (年 月) 2 回 (年 月) 追加 (年 月)	
□ロタウイルス		1 回 (年 月) 2 回 (年 月) 3 回 (年 月)	
□流行性耳下腺炎(おたふく風邪)		1 回 (年 月) 2 回 (年 月)	(年 月)
□百日咳			(年 月)
□突発性発疹			(年 月)
□その他(既に接種済みのものがあればご記入ください)			
食物アレルギーについて	<p>食事についてお聞きします。</p> <ul style="list-style-type: none"> 食物アレルギーがありますか？ ①ない ②ある 上記で②と答えられた方にお聞きします。 ○医療機関が禁止(除去)を指示している。 () ○自主的に避けている。 () <p>※医療機関からの指示については実際に利用される際に内容を確認させていただくことがあります。 (医療機関発行の診断書をお持ちください)</p>		
その他	<p>その他知らせておきたいことがあれば、この欄に具体的にお書きください。 (喘息・アトピー・熱性けいれん等があればこちらに記入してください)</p>		

以後、氏名・住所等の変更が生じた場合はお知らせください。
本カード記載の情報は、事業の目的の範囲内で実施施設に提供します。