

# ① 病児・病後児保育利用登録書

児童	(ふりがな)		愛称	男・女	
	氏名				
	生年月日	H・R	年 月 日 ( 歳	か月又は小学校	年生)
	住所	〒 _____			TEL _____
	通所施設	保育園(所)			組
		幼稚園・小学校			
	かかりつけ医	TEL _____			
緊急連絡先	①名前・勤務先	携帯 _____			
	②名前・勤務先	携帯 _____			

これまでに受けた予防接種に <input checked="" type="checkbox"/> をつけてください			
予防接種	<input type="checkbox"/> Hib	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> おたふく
	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> MR(麻疹・風疹)
	<input type="checkbox"/> 四種混合	<input type="checkbox"/> ロタウイルス	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 三種混合	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> ポリオ	<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)	<input type="checkbox"/>
これまでにかかった病気に <input checked="" type="checkbox"/> と ( ) 内にコメントをつけてください			
既往歴	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> 風疹	<input type="checkbox"/> じんましん
	<input type="checkbox"/> はしか	<input type="checkbox"/> 水ぼうそう	(原因 _____ )
	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 溶連菌感染症	<input type="checkbox"/> 喘息
	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん (今まで _____ 回位 最後は _____ 年 _____ 月頃)	<input type="checkbox"/> その他	
その他	アレルギー <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(具体的に _____ )		
	食事制限 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(具体的に _____ )		
	常備薬 <input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある(具体的に _____ )		
その他、伝えておきたいこと、心配なこと。			

## 同意書

- ・当施設に入室された際、病状等により診察や下記の処置が必要となる場合があります。その際の診察または処置に同意します。  
(処置内容とは 解熱剤・抗けいれん剤の使用、吸入・点滴・内服追加・浣腸など)
- ・飲み物、おむつに限り、保育中に不足した場合は購入を依頼します。

令和 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

保護者名 \_\_\_\_\_