

病児保育室“はぐみ”利用登録申込書

令和 年 月 日

| | | | | | | |
|------|------------|-------------|-----|-------|-------|---------|
| 登録児童 | ふりがな | | 性別 | 生年月日 | | |
| | 氏名 | | 男・女 | 平成・令和 | 年 月 日 | (歳 か月) |
| | 自宅住所 | 昭島市 | | 電話番号 | () | |
| | 通所施設名 | 保育園・幼稚園・小学校 | | | 学童クラブ | |
| | かかりつけの医療機関 | | | | 電話番号 | () |

| | | | | | | | | | | |
|--------|--------|-------|--------|---------|----|--|----|--|----|--|
| 保護者連絡先 | 続柄 () | 氏名 | | その他家族構成 | 氏名 | | 続柄 | | 年齢 | |
| | | 勤務先名 | (職種:) | | | | | | | |
| | | 勤務先電話 | | | | | | | | |
| | | 携帯電話 | | | | | | | | |
| | 続柄 () | 氏名 | | | | | | | | |
| | | 勤務先名 | (職種:) | | | | | | | |
| | | 勤務先電話 | | | | | | | | |
| | | 携帯電話 | | | | | | | | |

お子さんの健康記録

| | | | | | | |
|-------------------------------------|---|--|---|-----------------------------------|---|---------------------------------|
| 出生時の異常: なし・あり () | | 発育・発達: 異常なし・健診や通所施設で指摘あり | | | | |
| 予防接種 | <input type="checkbox"/> ヒブワクチン | <input type="checkbox"/> 肺炎球菌 | <input type="checkbox"/> 五種混合 | <input type="checkbox"/> 四種混合 | <input type="checkbox"/> 三種混合 | <input type="checkbox"/> ポリオ |
| | <input type="checkbox"/> ロタウイルス | <input type="checkbox"/> BCG(結核) | <input type="checkbox"/> B型肝炎 | <input type="checkbox"/> MR混合ワクチン | <input type="checkbox"/> みずぼうそう | <input type="checkbox"/> おたふくかぜ |
| | <input type="checkbox"/> 日本脳炎 | <input type="checkbox"/> インフルエンザ | <input type="checkbox"/> DTワクチン | (はしか・風しん) | | |
| 既往歴 | <input type="checkbox"/> 突発性発疹 (歳 か月) | | <input type="checkbox"/> みずぼうそう (歳 か月) | | <input type="checkbox"/> おたふくかぜ (歳 か月) | |
| | <input type="checkbox"/> 喘息 なし・あり (継続治療中・悪化時のみ治療) | | <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 なし・あり | | | |
| けいれん | なし・あり | | 家族のけいれん既往歴 なし・あり (誰が) | | | |
| | 初回 (歳 か月) | | 最後 (歳 か月) | | これまでに 回けいれんあり | |
| | 抗けいれん剤の使用指示 なし・あり → 1回目 °C以上、2回目 °C以上で使用指示あり | | | | | |
| アレルギー | 食べ物 | <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり () | | | | |
| | 除去食 | <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり () | | | | |
| | 薬 | <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり () | | | | |
| | その他 | <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり () | | | | |
| 常時使用している薬 | | <input type="checkbox"/> なし ・ <input type="checkbox"/> あり 病名 () くすりの名前 | | | | |
| その他、心配な事、配慮してほしいことについて、具体的にご記入ください。 | | | | | | |

病児保育室 はぐみに保育看護を依頼するにあたり、しおりに記載されている内容を了承し、同意いたします。

令和 年 月 日 保護者氏名 _____