

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"/> 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	(はしか・風しん)	<input type="checkbox"/> DTワクチン
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 _____