

令和5年度 総社市病児保育室「ほっとチュッピー」登録申請書

令和 年 月 日

病児保育事業実施施設の相互利用に関する協定締結市町長 様

(総社市・岡山市・倉敷市・玉野市・笠岡市・井原市・高梁市・備前市・瀬戸内市・赤磐市
浅口市・和気町・早島町・里庄町・矢掛町・久米南町・美咲町・吉備中央町)

保護者氏名 _____

●お子様を安全にお預かりするため本情報を関係者・他の医療機関で共有することに 同意する 同意しない

登録児童	ふりがな					愛称	性別	生年月日			
	氏名						男・女	平成 令和	年	月	日生
	住所 (住民票のあるところ)										
	園(学校)名					組(学年, 組)					
	児童の兄弟姉妹	歳 (男・女),		歳 (男・女),		歳 (男・女)					
	かかりつけ医	病院・医院・クリニック									
保護者	氏名				続柄			携帯電話番号			
	勤務先						勤務先電話番号				
	氏名				続柄			携帯電話番号			
	勤務先						勤務先電話番号				
予防接種 ※接種済に ✓を記入		1回	2回	3回	追加		1回	2回	3回	追加	
	インフルエンザ菌b型	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	麻しん・風しん	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	水痘	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	B型肝炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		日本脳炎	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	ジフテリア・百日せき 破傷風・ポリオ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ロタウイルス	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	BCG	<input type="checkbox"/>				おたふくかぜ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
	その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	その他 ()	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
アレルギー	食物	なし	あり	食品名()							
	薬	なし	あり	薬剤名()							
常用薬	なし	あり	薬剤名()								
入院歴	なし	あり	病名(), 当時の年齢(歳) 病名(), 当時の年齢(歳)								
今までにかかった病気 ※✓を記入											
<input type="checkbox"/> 熱性けいれん ⇒ (坐薬使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり), (最後の発作 _____ 年 _____ 月) <input type="checkbox"/> ぜん息 ⇒ (<input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 悪化時のみ治療) <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> その他()											
発達・発育, 生活面, 体質などで, 配慮が必要なことがあればご記入ください。											