

令和元年度 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
	児童氏名					平成 令和 年 月 日
	自宅住所(〒 - )					
	学校(園)名			クラス・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・緊急連絡先	氏名		続柄	父・母・祖父母・その他		
	勤務先		勤務先電話	- -		
	携帯電話	-	緊急時連絡先	携帯電話・職場・自宅・その他		
	氏名		続柄	父・母・祖父母・その他		
	勤務先		勤務先電話	- -		
	携帯電話	-	緊急時連絡先	携帯電話・職場・自宅・その他		
新生児期	出生時の異常 あり・なし		発育・発達	普通・少し遅れていると思う・わからない		
予防接種	B型肝炎	受けていない・受けた(1回・2回・3回)		ロタウイルス	受けていない・受けた(1回・2回・3回)	
	ヒブワクチン	受けていない・受けた(1回・2回・3回・追加)		肺炎球菌	受けていない・受けた(1回・2回・3回・追加)	
	四種混合(★)	受けていない・受けた(1期1回・2回・3回・1期追加)				
	B C G	受けていない・受けた		麻疹風疹混合	受けていない・受けた(1回・2回)	
	水ぼうそう	受けていない・受けた(1回・2回)		おたふくかぜ	受けていない・受けた(1回・2回)	
	日本脳炎	受けていない・受けた(1期1回・2回・1期追加)				
	その他予防接種	受けた ワクチン名:インフルエンザ・その他( )				
	三種混合(☆)	受けていない・受けた(1期1回・2回・3回・1期追加)				
	ポリオ(☆☆)	受けていない・受けた(1期1回・2回・3回・1期追加)		生ワクチン(1回・2回)		
これまでにかかった主な感染症・病気 一かかった病気にチェックをつけてくださいー						
<input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> はしか(麻疹) <input type="checkbox"/> 風しん <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 気管支喘息および喘息様気管支炎(治療継続中・悪化時治療のみ) <input type="checkbox"/> 熱性けいれん(回数: 回)(最後は:平成 年 月 日)(座薬の指示:あり・なし) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> その他( )						
入院したことが ない・ある						
(病名: 年齢: 歳 ヶ月) (病名: 年齢: 歳 ヶ月)						
(病名: 年齢: 歳 ヶ月) (病名: 年齢: 歳 ヶ月)						
常時服用している薬 ない・ある (具体的に: )						
食事制限 ない・ある						
食事制限がある場合、食品を〔 具体的に記入してください 〕						
その他 体質(薬物アレルギー等)や、くせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。⇒						