

令和7年度 病児・病後児保育事業利用登録申込書

所長 奥野 理奈 殿

診察券登録番号

令和 年 月 日記入

申請者名

登 録 児 童	児童氏名	愛称	性別	生年月日
			男女	H・R ・ (歳ヶ月) *概ね2ヶ月から小学校3年生まで登録可
自宅住所 (〒―――) 市				
通園施設名	立川市・() 市 () 保育園・こども園・幼稚園・小学校・なし			
	かかりつけ医	無・有 ()		

家 族 構 成 (同居)	続柄	氏名	年齢	保護者連絡先	
			歳	緊急連絡先 ① 保護者続柄()	勤務先名: (なし・求職中) 職種: 勤務先TEL: - -
			歳	緊急連絡先 ② 保護者続柄()	携帯TEL: - -
			歳		勤務先名: (なし・求職中) 職種: 勤務先TEL: - -
			歳		携帯TEL: - -
			歳	メールアドレス	@

出生時の異常	無・有 ()	発育・発達	ふつう・健診や通園施設で指摘あり	
予 防 接 種	1.Hib (ヒブ)	受けていない・受けた()回	7.BCG	受けていない・受けた
	2.肺炎球菌	受けていない・受けた()回	8.MR (麻疹、風疹混合)	受けていない・受けた()回
	3.B型肝炎	受けていない・受けた()回	9.みずぼうそう	受けていない・受けた()回
	4.ロタ	受けていない・受けた()回	10.おたふく	受けていない・受けた()回
	5.四週混合	受けていない・受けた()回	11.日本脳炎	受けていない・受けた()回
	6.五種混合	受けていない・受けた()回	12.その他接種したもの() ()	
かかるた 病気	1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. 食物アレルギー	7. 熱性けいれん (回) (最終 年 月 日) (座薬指示 ℃以上・無)	8. アトピー性皮膚炎	
	9. 喘息および喘息様気管支炎 (継続治療中・悪化時治療のみ) (吸入したこと 有・無)	10. その他 () →現在の状況 (経過終了・継続受診中 病院: 回/月・年)		

入院したこと	なし・あり (病名: 年 ケ月) (病名: 年 ケ月)
	(病名: 年 ケ月) (病名: 年 ケ月)

慢性的に内服している薬	なし・あり (内服薬の名前・回数)
慢性的に使用している軟膏・吸入薬	なし・あり (軟膏の名前・回数) (吸入薬の名前・回数)

除去食	なし・あり (具体的に:) <input type="checkbox"/> エピペン所持
-----	--

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下さい なし・あり (具体的に:)
-----	--

*23時以降のキャンセル料発生について [承諾する・承諾しない] (詳細はホームページをご確認ください)

*個人情報の取り扱いについて [同意する・同意しない・一部不同意: 不同意の項目()]
個人情報を別紙「診療に於ける個人情報の利用目的」に示した目的で利用させていただきます

受付日	・・	登録	内容	
-----	----	----	----	--

子ども診療所 病児保育室はおばお TEL 042-521-2777 FAX 042-521-2780