

## 平成 年度 病児保育登録書（病後児を含む。）

## 1 登録児童

氏名	性別	生年月日	住所	通っている保育園等	クラス・学年
	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	平成 年 月 日			歳児クラス 年生

## 2 家族及び緊急連絡先

氏名	続柄	電話番号	勤務先名等	勤務先電話番号
		歳	備考	
		歳		
		歳		

## 3 出産時の異常

異常があった（ ）  異常はなかった

## 4 これまでにかかった病気

なし     インフルエンザ     ノロウイルス     ロタウイルス     RSウイルス  
 おたふくかぜ     みずぼうそう     麻疹(はしか)     風しん(三日ばしか)     結核  
 溶連菌     ヘルパンギーナ     肺炎球菌     マイコプラズマ肺炎     百日ぜき  
 手足口病     突発性発しん     プール熱     B型肝炎     リンゴ病  
 川崎病     ぜん息     熱性けいれん     アレルギー     その他（ ）

※けいれん既往歴又はアレルギーがある場合、詳細を別紙に御記入ください。

## 5 これまでに接種した予防接種

<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"/> その他
<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(はしか・風しん)		
<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	

## 6 利用料免除（市民の方で該当者のみ御記入ください。）

【4月～8月の利用】	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯(前年度)
【9月～3月の利用】	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯(今年度)

次の内容に同意して登録し、病児保育事業を利用します。

- 1 保育中に病状が急変する等緊急事態が発生したときは、救急病院等へ移送すること。
- 2 保育中に病状が急変・再発等の理由により保育の継続ができない状況と判断されたときは、利用の途中であっても自宅療養をさせるため迎えに来ること。
- 3 保育中の病状の急変等に対し実施される医療行為を承認すること。
- 4 保育中に別の病気に感染する可能性について了承すること。
- 5 利用料免除を申し出た際には、課税状況等を調査すること。

保護者氏名



## アレルギー確認

名前			
疾患名			
アレルギーの種類・内容	<input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー <input type="checkbox"/> その他	具体的にご記入ください ( )	
アレルギー発症の既往	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (以下をチェックしてください)		
発症部位	<input type="checkbox"/> 全身 <input type="checkbox"/> 顔 <input type="checkbox"/> 頭 <input type="checkbox"/> 手 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> 呼吸器系 <input type="checkbox"/> その他		
発症状況を詳しく記入してください			
発症後の対応	<input type="checkbox"/> 経過観察 (受診・薬投与無し) <input type="checkbox"/> 病院受診 (通院・入院) <input type="checkbox"/> 薬投与 <input type="checkbox"/> その他		
レスキュー薬の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
初めて内服するお薬がある方のみ以下をご記入ください。			
初めての薬の有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
種類	<input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 軟膏 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> その他	薬品名 ( )	
エピペンをお持ちですか	<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ		
はいの方のみ	最終の使用日はいつですか？ 平成      年      月      日 保育室での使用を希望しますか？		

以上、上記の内容を担当者と確認いたしました。

尚、基本的にアレルギー発症時は、すぐに保護者へ連絡したうえで早急にお迎えを

お願いしております。

保護者署名 \_\_\_\_\_ 印

担当者 \_\_\_\_\_