**病児保育室　事前登録票**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康保険証 | 記号　　　　　　　　　番号 | | | | | 福祉医療 | 記号　　　　　　 番号 | | | |
| ふりがな |  | | | | | 性別 | 生年月日 | | | |
| お子さまの名前　（愛称） | （　　　　　　　　　） | | | | | 男　・　女 | 年 　　　月　 　　日　　 　　 （　　　 　歳　 　　　か月　） | | | |
| 通園・通学施設名 | 幼稚園・保育園・小学校（　　　　　　　　年生） | | | | | | (電話) | | | |
| かかりつけ医 | 医院・病院 | | 先生 | | | | (電話) | | | |
| 自宅住所・電話 | 〒 | | | | | | (電話) | | | |
| 保護者 （本院職員の氏名等） | 氏名 | | | | 携帯電話 | | | 勤務先名・PHS・電話番号など | | |
|  | | | |  | | |  | | |
| 部局名： | | | | | | | | 内　　線 | |
| 職種： | | | | | | | |  | |
| 緊急連絡先① | 氏名・（続柄） | | | | 携帯電話 | | | 勤務先名・PHS・電話番号など | | |
| （　　　　　　） | | | |  | | |  | | |
| 緊急連絡先② | 氏名・（続柄） | | | | 携帯電話 | | | 勤務先名・PHS・電話番号など | | |
| （　　　　　　） | | | |  | | |  | | |
| きょうだいについて | 人中　　　番目 | | | | ほかのきょうだい | | | 歳　男・女 | | 歳　男・女 |
| 歳　男・女 | | 歳　男・女 |
| 周産期の異常 | 妊娠中の異常 | □ なし　　□ あり　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 出産時の異常 | □ なし　　□ あり　（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| （未熟児の場合：　在胎　 　　 週・出生体重　　 　　　　ｇ） | | | | | | | | |
| 発達の異常または心配 | □ なし　　□ あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | |
| 食事 | 授乳 | | | □ 母乳　　□ 混合　　□ 人工 | | | | | | |
| 食事の心配事 | | | □ なし　　□ あり（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | |

**裏面もご記入ください。**

|  |  |
| --- | --- |
| **予防接種** | |
| ヒブ | □ 未接種　　　□ 1回目　　　□ 2回目　　　□3回目　　　□追加 |
| 肺炎球菌 | □ 未接種　　　□ 1回目　　　□ 2回目　　　□3回目　　　□追加 |
| B型肝炎 | □ 未接種　　　□ 1回目　　　□ 2回目　　　□追加 |
| 五種混合 | □ 未接種　　　□ 1回目　　　□ 2回目　　　□2回目　　　□追加 |
| 四種混合 | □ 未接種　　　□ 1回目　　　□ 2回目　　　□3回目　　　□追加 |
| 三種混合 | □ 未接種　　　□ 1回目　　　□ 2回目　　　□3回目　　　□追加 |
| 二種混合 | □ 未接種　　　□ 接種 |
| ポリオ（経口） | □ 未接種　　　□ 1回目　　　□ 2回目 |
| ポリオ（不活化） | □ 未接種　　　□ 1回目　　　□ 2回目　　　□3回目　　　□追加 |
| BCG | □ 未接種　　　□ 接種 |
| MR（麻疹風疹混合） | □ 未接種　　　□ Ⅰ期　 　 　□ Ⅱ期 |
| 水ぼうそう（水痘） | □ 未接種　　　□ 1回目　　　□ 2回目 |
| 日本脳炎 | □ 未接種　　　□ 1回目　　　□ 2回目　　　□追加　　□Ⅱ期追加 |
| おたふくかぜ（流行性耳下腺炎） | □ 未接種　　　□ 接種 |
| そのほかの予防接種 | （ロタウイルス、インフルエンザなど） |
| **これまでの病気** | |
| 感染症 | □ 麻疹　　　□ 風疹　　　□水ぼうそう　　　□おたふくかぜ |
| そのほかの感染症 | （例：突発性発疹など具体的に） |
| 熱性けいれん | □ なし　　　□ あり　　（初回はいつ頃？　複数回か？　予防薬は？） |
| 気管支喘息 | □ なし　　　□ あり　　（通院中　具体的に） |
| アトピー性皮膚炎 | □ なし　　　□ あり　　（通院中　具体的に） |
| アレルギー | □ なし　　　□ あり　　（通院中　具体的に） |
| 中耳炎・扁桃腺炎 | □ なし　　　□ あり　　（通院中　具体的に） |
| その他の病気・体質 | □ なし　　　□ あり　　（通院中　具体的に） |
| （てんかんなど具体的に） |  |
| 入院の経験 | □ なし　　　□ あり　　（病名・いつ頃） |
| **常用薬** | |
| □ なし　　　□ あり　　（具体的に） | |
| **その他** | |
| □ なし　　　□ あり　　（体質や癖、配慮してほしいこと等） | |

【注意事項】

* ご記入いただいた個人情報は、病児保育の実施についてのみ利用します。
* 緊急連絡先は、事前に必ずよく話し合い、緊急時の判断ができる方を指定してください。
* 母子手帳は、定期予防接種のページをコピーし、添付してください（ページ毎にお子さまの名前を記入）。
* 事前登録票の内容は、保育園の病児保育室と総務課で情報共有させていただきます。また、内容等について、問い合わせをさせていただくことがあります。
* 登録内容に変更があった場合は、速やかに登録内容の変更を連絡ください。

上記登録内容に、相違ありません。

年　　　　　月　　　　日

保護者氏名（署名）