

登録日

## 病児保育室うさぎ 利用登録票・同意書

カルテ番号

氏名： 愛称： 性別： 男性・女性  
ふりがな： 生年月日： 平成・令和 年 月 日 年齢： 歳  
住所： 自宅電話番号：  
通園施設名： かかりつけ医：

## 1.保護者

		父	母
氏名			
勤務先	名称		
	住所		
	電話		
携帯			

## 同居の家族

続柄	氏名	年齢

## 保護者以外の緊急連絡先

氏名	電話番号	続柄

緊急連絡先(優先順位を記入) 母勤務先( ) 父勤務先( ) 保護者以外( ) 母携帯( ) 父携帯( )

## 2.新生児期

出生時の異常： 無・有 ( )
発育・発達： ふつう・健診/通園施設で指摘あり
指摘内容：

## 3.予防接種

ヒブ	1回	2回	3回	追加
肺炎球菌	1回	2回	3回	追加
四種混合	1回	2回	3回	追加
五種混合	1回	2回	3回	追加
ロタ	1回	2回	3回	
B型肝炎	1回	2回	3回	
BCG	受けた・受けていない			
MR	1期	2期		
おたふくかぜ	1回	2回		
水ぼうそう	1回	2回		
インフルエンザ	1回	2回		
日本脳炎	1回目	2回目	1期追加	2期

## 4.かかった病気

突発性発疹	水ぼうそう	熱性けいれん	発達障害
はしか	おたふくかぜ	喘息・喘息様気管支炎	
風疹	アトピー性皮膚炎	食物アレルギー	
その他 ( )			
熱性けいれん	回数： 回	最後に起こした日：	
	座薬の指示： 無・有	使用する体温： °C以上	
喘息・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 無・有 )

入院歴： 無・有 ( )

常時内服している薬： 無・有 ( )

常時使用している軟膏・吸入薬： 無・有 ( )

除去食・除去している食材： 無・有 ( )

減免申請： 無・有 ( )

その他伝えたいこと：

入室中、児の状態や経過に応じ、医師が必要と判断した場合(緊急時も含む)には、検査や処置(吸入・洗腸・点滴等)、薬の処方などを行います。その際はこどもクリニック八本松での診療扱いとなり、保険に応じた診療代やお薬代が発生します。

保育料・食費等とは別途必要です。

上記の内容について理解し、同意いたします。

令和 年 月 日

保護者氏名

入室児氏名