

羽村市病児保育登録書

羽村市長 宛

保護者

住 所 _____

氏 名 _____

病児保育の利用を次の内容に同意して登録し、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時は、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。

登録 児童	フリガナ 氏 名	性別	生年月日	年 月 日(歳)
		男	通園(通学)施設名	
		女	通園クラス・学年	_____歳児クラス ・ _____年生

家族 連絡先 構成 及び	氏名	続柄	電話番号(携帯電話)	勤務先名・勤務先電話番号等
			歳	緊急連絡先 _____に続柄、()内に優先順位を入れてください _____携帯 () _____勤務先 () _____携帯 () _____勤務先 ()
			歳	
			歳	

※ 登録児童の兄弟・姉妹には年齢を記載してください。

予 防 接 種 歴	<input type="checkbox"/> BCG	<input type="checkbox"/> ヒブワクチン(回)	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌ワクチン(回)	
	<input type="checkbox"/> 4種混合(回)	<input type="checkbox"/> 3種混合(回)	<input type="checkbox"/> ポリオ	(不活化(注射) 回) (生ワクチン(内服) 回)
	<input type="checkbox"/> B型肝炎(回)	<input type="checkbox"/> ロタウイルスワクチン(回)	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ(回)	
	<input type="checkbox"/> MR(麻しん風しん)(回)	<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)(回)	<input type="checkbox"/> 日本脳炎(回)	

生まれたときの異常(無・有→)	発育・発達の異常(無・有→)
か か っ た 病 気	突発性発疹 はしか(麻しん) 風疹(三日はしか) 水ぼうそう(水痘) おたふくかぜ 百日咳 気管支炎 ぜんそく 肺炎 アトピー性皮膚炎 その他()
入院したこと	無・有 → _____ 歳ごろ のため
熱性けいれん	無・有 → 座薬の指示 無・有 (_____℃以上で _____ を挿肛)

アレルギー	無・有 →
(食物アレルギーの方のみ) 除去食の指示	無・有 →(具体的に)