

病児・病後児保育事業 事前登録票

登録児童	フリガナ		愛称	性別	生年月日			
	児童氏名			男・女	年 月 日 (歳 か月)			
	自宅住所							
	自宅電話番号		通園・通学先					
	かかりつけ医		医療機関名:		担当医:			
保護者	父	氏名		携帯電話番号				
		勤務先		勤務先電話番号				
	母	氏名		携帯電話番号				
		勤務先		勤務先電話番号				
予防接種 (ワクチン)	Hib		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加	
	小児用肺炎球菌		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加	
	百日咳、ジフテリア、破傷風、ポリオ		四種混合DPT-IPV	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
			又は 三種混合DPT	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
			不活性ポリオ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目	<input type="checkbox"/> 追加
			生ポリオ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		
	BCG		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 済				
	はしか(麻疹)、風疹		MR(麻疹・風疹)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		
			又は はしか(麻疹)風疹	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目		
	水痘		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目			
	日本脳炎		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 追加		
B型肝炎		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目			
ロタウイルス		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目	<input type="checkbox"/> 3回目			
おたふくかぜ		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目				
インフルエンザ		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 1回目	<input type="checkbox"/> 2回目				
健康状態	これまでにかかった感染症		<input type="checkbox"/> 突発性発疹	<input type="checkbox"/> はしか(麻疹)	<input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> 風疹		
			<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 百日咳	<input type="checkbox"/> その他()			
	これまでにかかった病気		()		歳	か月	<input type="checkbox"/> 入院	
			()		歳	か月	<input type="checkbox"/> 入院	
			()		歳	か月	<input type="checkbox"/> 入院	
	出産時の異常		<input type="checkbox"/> あり ()					
アレルギー		<input type="checkbox"/> あり ()						
		症状 ()						
		制限 ()						
薬	常用している薬(内服薬・塗り薬・吸入薬など)があれば、具体的にお書きください。							
その他	体質(薬物アレルギー等)や発育・発達に関すること、配慮してほしいことについて具体的にお書きください。							

病児保育同意書・重要事項確認書

病児保育室では、保護者の方に代わり、看護師・保育士が病気のお子様をお預かりする施設です。通常の外来で治療可能な病気にかかれたお子様が対象で（麻疹「はしか」・流行性角膜炎「流行り目」等の感染症が非常に強い疾患は対象外）、かかりつけ医又は園指定の嘱託医からの指示に従い、安静・投薬の療養をいたします。皆様が安心してご利用いただけるよう、ご利用にあたって下記の重要事項をご確認くださいませよう願いたします。

◆ご利用にあたっての重要確認事項◆

1. 予約受付後、当日の朝の病状により保育が出来ないと判断した場合は、お預かりできない場合があります。
 2. 利用者間の感染には細心の注意を払いますが、感染の可能性が全く無いと言う事ではありません
 3. 急変時、お子様の状態により保護者様へご連絡を致します。
 4. 保育中に病状が悪化し保育の継続が困難になった時には、予定時間前でもお迎えをお願いします。
 5. 当病児保育室での保育中、必要であればかかりつけ医又は園指定嘱託医を受診していただきます。
 6. 緊急時には、事後承諾で先に治療を開始する場合があります。（別途、費用がかかります）
 7. 特別な理由がなく1歳以上で水痘ワクチン・MRワクチン（麻疹・風疹混合ワクチン）・BCGの接種していない方は、他の方の感染リスクを考慮しお預かり出来ません。
 8. ご利用当日は、必ず連絡が取れるようお願いいたします。
 9. 緊急連絡が取れなかったことにより不利益が生じてても、当病児保育室では責任を負いません。
 10. 延長保育はありませんので必ず17:00までにお迎えをお願いいたします。（遅くとも16時45分を目安にお迎えに来てください。）
事故・災害などのやむを得ない事情を除き、連絡のない遅刻を繰り返す場合は次回からのご利用をお断りすることがあります。
11. かかりつけ医による医師連絡票は7日間有効です。（土日祝日を含む）
 12. 原則として、1回の利用で病名の変更がない場合、利用当日を含み3日間の予約が可能です。
 13. ご予約のキャンセルは可能ですが、必ずご連絡をお願いいたします。（当日の8時00分までに）
 14. 事前連絡なしにご利用をキャンセルされた時には、登録を抹消させていただく場合があります。
 15. 災害等により他の場所へ避難をした場合には、当病児保育室入り口に避難先を掲示いたしますので、お迎えは指定避難場所をお願いいたします。

上記内容を確認し、承諾の上、ご署名をお願いいたします。

[保護者名] _____ 印 ※署名の場合押印不要

[児童名] _____

[生年月日] _____ 年 _____ 月 _____ 日 (_____ 歳)

[住所] 〒 _____ - _____

[連絡先] TEL _____