

年度

病児保育利用登録申込書

登録番号

年 月 日記入

申請者氏名

登録児童	児童氏名(ふりがな)		愛称	性別	生年月日
				男 女	年 月 日 (歳 ヶ月)
	住所(〒 -)				
	電話: ()		FAX: ()		
	児童の兄弟姉妹	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女)
	通園・通学施設名	市区町村			
		電話 ()			
かかりつけ医	医療機関名:			()先生	
保護者緊急時連絡先	連絡先①				
	氏名		続柄	父・母・その他()	
	勤務先		職種		
	電話	()	携帯電話	()	
	連絡先②				
	氏名		続柄	父・母・その他()	
勤務先		職種			
電話	()	携帯電話	()		
新生児期	出生時の異常 (有・無)		発育・発達	ふつう・少し遅れていると思う・わからない	
予防接種	ヒブ	受けた(1回・2回・3回) 追加	肺炎球菌	受けた(1回・2回・3回) 追加	
	四種混合	受けた(I期1回・2回・3回・I期追加)			
	三種混合	受けた(I期1回・2回・3回・I期追加) *三種の方のみポリオを記入			
	ポリオ(不活化)	受けた(1回・2回・3回・4回)	ポリオ(生)	受けた(1回・2回)	
	BCG	受けた	日本脳炎	受けた(1回・2回)追加 II期	
	水ぼうそう	受けた(1回・2回)	おたふくかぜ	受けた	
	麻疹・風疹	受けた(1回・2回)	ロタ(ワクチンによっては2回)	受けた(1回・2回・3回)	
これまでにかかった感染症・病気(○をつけてください)					
1.突発性発疹 2.はしか 3.風疹 4.水ぼうそう 5.おたふくかぜ 6.熱性けいれん (回数/ 回・最後ににかかった日 年 月 日)(座薬の指示 有・無 内容) 7.アトピー性皮膚炎 8.喘息および喘息様気管支炎(治療中・悪化時のみ) 9.その他()					
過去の入院歴	ない・ ある (病名 / 歳 ヶ月) (病名 / 歳 ヶ月) (病名 / 歳 ヶ月) (病名 / 歳 ヶ月)				
常時使用している薬	ない・ある(具体的に)				
食事制限	ない・ある(具体的に)				
その他(体質やアレルギー等、くせなど心配なこと、配慮してほしいことなどについて具体的にお書き下さい)					
今後のびのびからニュースなどのお知らせを希望しますか			はい ・ いいえ		

名前

項目	内容		
与薬	スプーン上で溶かして飲める	ゼリー剤などを使用している	口に入れてそのまま飲める
水分	コップでひとりで飲める	マグマグ使用	スプーン・ストロー使用
食事	ひとりで食べられる	半分くらい介助する	全介助する
排泄	トイレでできる	一緒にトイレに行き見守り	全介助でトイレ
	パンツ	紙パンツ	おむつ
昼寝	とんとんされて眠れる	その他の方法:	
好きな食べ物			
嫌いな食べ物			
好きな遊び		その他	
どのようなきっかけで、病児保育室のびのびをお知りになりましたか？ 1. 高崎中央病院 2. かかりつけの小児科 3. 保育園・幼稚園 4. 知人の紹介 5. インターネット 6. 市役所 7. その他()			

☆登録いただいた個人情報は、病児保育のびのびの運営に使用させていただくほか、補助金事業に関する情報として高崎市に報告させていただくことをご了承下さい。

同意書

重篤な急変などの緊急時に、高崎中央病院小児科にかかることに同意しますか？

同意する ・ 同意しない

