ひなたぼっこ利用登録申込書

診察券番号

登録児童

年　月　現在

ふりがな		性別	生年月日
氏　名		男 女	平成・　年　月　日 (西暦 20　年)　歳　カ月
自宅住所	昭島市		
電話番号	(　　)		
通園施設名			
かかりつけの医療機関		電話番号	(　　)

保護者連絡先			家族構成 (保護者を含め、同居されている方を記入してください)
氏名		続柄 (　　)	
勤務先名:	勤務地	職種	氏名　(続柄　)年齢　歳
勤務先電話: (　　)	携帯電話:	(　　)	氏名　(続柄　)年齢　歳
氏名		続柄 (　　)	氏名　(続柄　)年齢　歳
勤務先名:	勤務地	職種	氏名　(続柄　)年齢　歳
勤務先電話: (　　)	携帯電話:	(　　)	氏名　(続柄　)年齢　歳

出生時の異常 ： なし ・ あり (　　)	発育・発達 ： 異常なし ・ 健診や通園施設で指摘あり

予防接種				
BCG: 未 ・済	四種混合 (　)回	Hib (　)回	肺炎球菌 (　)回	ロタ (　)回
B型肝炎 (　)回	MR(はしか、風疹混合) (　)回	おたふくかぜ (　)回	水ぼうそう (　)回	
日本脳炎 (　)回	その他接種したもの (　　)			

けいれん	なし ・ あり	家族のけいれん既往歴　なし ・ あり (誰が…　)		
	初回　歳　カ月 ・ 最後　歳　カ月　これまでに　回 ケイレンあり			
	抗けいれん剤の使用指示　なし ・ あり ⇒ 1回目　℃以上、2回目　℃以上で使用指示あり			
アレルギー	食べ物	なし ・ あり (　)	これまでにかかった病気	突発性発疹　歳　カ月
	除去食	なし ・ あり (　)		水ぼうそう　歳 / おたふく　歳
	薬	なし ・ あり (　)		喘息 (継続治療中 ・ 悪化時のみ治療)
	その他	なし ・ あり (　)		アトピー性皮膚炎 (現在治療中 ・ 治療していない)
				その他
入院歴	なし ・ あり (病名　) 当院 ・ 他院 (病院名　)			
常時使用している薬	なし ・ あり　病名 薬の名前			

● その他、心配な事、配慮してほしいことについて、具体的にお書きください。

病児保育室 ひなたぼっこに保育看護を依頼するにあたり、しおりに記載されている内容を了承し、同意いたします。

年　月　日　保護者氏名　㊞

利用料金	徴収 ・ 免除	受付日　年　月　日