

病児保育室利用児童票（新規・更新）

西暦 年 月 日

獨協医科大学病院長 殿

病児保育室長 殿

【申請者】 所属

職名

職員コード

氏名

病児保育室を利用するため、次の通り申し込みます。

※ 該当する箇所に入力及び✓印をお願いします。

| | | | | | | | | | | | |
|-------------|---|---|----------------------------|---|---|--|---|---|---|---|-----|
| 保護者 | 氏名 | (ふりがな) | | 自宅電話番号 | | | | | | | |
| | 住所 | | | メールアドレス | | | | | | | |
| 緊急連絡先① | 氏名 | | | 携帯電話番号 | | | | | | | |
| | 所属 | | | 内線番号 | | PHS番号 | | | | | |
| 緊急連絡先② | 氏名 | | | 携帯電話番号 | | | | | | | |
| | 所属 | | | 内線番号 | | PHS番号 | | | | | |
| お子様 | 氏名 | (ふりがな) | | 生年月日 (年齢) | 西暦 | 年 | 月 | 日 | (| 歳 | ヶ月) |
| | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 | <input type="checkbox"/> 女 | 通園・通学先 | | かかりつけ 病院 | | | | | |
| 新生児期 | 出生時に異常 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | | | | | | | | | |
| 乳児期 | 発育発達状況 | <input type="checkbox"/> ふつう <input type="checkbox"/> 少し遅れていると思う <input type="checkbox"/> わからない | | | | | | | | | |
| 予防接種 | ヒブワクチン | <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 1期追加) | | | | | | | | | |
| | 肺炎球菌 | <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 1期追加) | | | | | | | | | |
| | ロタウイルス | <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回) | | | | | | | | | |
| | 四種混合 | <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 1期追加) | | | | | | | | | |
| | BCG | <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた | | | HBV (B型肝炎) | <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた | | | | | |
| | 麻疹風疹(MR) | <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回) | | | | | | | | | |
| | 水ぼうそう | <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた (<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回) | | | | | | | | | |
| | おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> 受けていない <input type="checkbox"/> 受けた | | | | | | | | | |
| | 突発性発疹 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 麻疹 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | 風疹 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | | | |
| これまでの 病気 | 水ぼうそう | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | アトピー性皮膚炎 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | | | |
| | 喘息及び喘息様気管支炎 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 治療継続中 <input type="checkbox"/> 悪化時治療) | | | | | | | | | |
| | 熱性けいれん | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (回) | | | 最後はいつ | 西暦 | 年 | 月 | 日 | | |
| 入院歴 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (具体的に :) | | | | | | | | | | |
| 服用している薬 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (利用当日別紙に記入) | | | 使用している外用薬 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | | | | | | |
| アレルギー(食物) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | | | アレルギー(薬物) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () | | | | | | |
| その他 | 〈配慮してほしいこと等〉 | | | | | | | | | | |

