

## 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	男 ・ 女	通園・通学先
新生児期	出生時に異常	無 ・ 有 ( )	
乳児期	発育発達状況	ふつう ・ 少し遅れていると思う ・ わからない	
予防接種	ヒブワクチン	未 ・ 済 ( 回)	
	肺炎球菌	未 ・ 済 ( 回)	
	ロタウイルス	未 ・ 済 ( 回)	
	四種混合	未 ・ 済 ( 回)	
	BCG	未 ・ 済	HBV (B型肝炎) 未 ・ 済
	麻疹風疹(MR)	未 ・ 済 ( 回)	
	水ぼうそう	未 ・ 済 ( 回)	
	おたふくかぜ	未 ・ 済 ( 回)	
これまでの病気	突発性発疹 ・ 風疹 ・ 水ぼうそう ・ おたふくかぜ ・ 気管支喘息 アトピー性皮膚炎 ・ けいれん		
	熱性けいれん	無 ・ 有 ( 回) 最後はいつ：西暦 年 月 日	
	その他の病気		
入院歴	無 ・ 有 (具体的に： )		
服用している薬	無 ・ 有 ( )	使用している外用薬	無 ・ 有 ( )
アレルギー (食物・薬)	無 ・ 有 ( )		
その他	〈配慮してほしいこと等〉		

