

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		かかりつけ病院	
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	日本脳炎	未 ・ 済 (回)				
	肺炎球菌	未 ・ 済 (回)				
	ロタウイルス	未 ・ 済 (回)				
	五種混合	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〉					