

令和 年度病児・病後児保育登録書

1 登録児童

氏名	愛称	性別	生年月日	住所	通っている保育園等	クラス・学年
		<input type="checkbox"/> 男	年			歳児クラス
		<input type="checkbox"/> 女	月 日			年生

2 家族構成及び緊急連絡先

氏名	続柄	電話番号	勤務先名等	勤務先電話番号
		歳	備考	
		歳		
		歳		

3 出生時の異常

<input type="checkbox"/> 異常があった（ ）	<input type="checkbox"/> 異常はなかった
------------------------------------	----------------------------------

4 これまでにかかった病気

<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> ノロウイルス	<input type="checkbox"/> ロタウイルス	<input type="checkbox"/> RSウイルス
<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> みずぼうそう	<input type="checkbox"/> 麻疹(はしか)	<input type="checkbox"/> 風しん(三日ばしか)	<input type="checkbox"/> 結核
<input type="checkbox"/> 溶連菌	<input type="checkbox"/> ヘルパンギーナ	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	<input type="checkbox"/> マイコプラズマ肺炎	<input type="checkbox"/> 百日ぜき
<input type="checkbox"/> 手足口病	<input type="checkbox"/> 突発性発しん	<input type="checkbox"/> プール熱	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> リンゴ病
<input type="checkbox"/> 川崎病	<input type="checkbox"/> ぜん息	<input type="checkbox"/> 熱性けいれん	<input type="checkbox"/> アレルギー	<input type="checkbox"/> その他（ ）

※けいれん既往歴又はアレルギーがある場合、詳細を別紙に御記入ください。

5 これまでに接種した予防接種

<input type="checkbox"/> ヒブワクチン	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 四種混合	<input type="checkbox"/> 三種混合	<input type="checkbox"/> ポリオ	<input type="checkbox"/> その他
<input type="checkbox"/> ロタウイルス	<input type="checkbox"/> BCG(結核)	<input type="checkbox"/> B型肝炎	<input type="checkbox"/> MR混合ワクチン(はしか・風しん)		
<input type="checkbox"/> みずぼうそう	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 日本脳炎	<input checked="" type="checkbox"/> インフルエンザ	<input type="checkbox"/> DTワクチン	

6 利用料免除（市民の方で該当者のみ御記入ください。）

【4月～8月の利用】	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯(前年度)
【9月～3月の利用】	<input type="checkbox"/> 生活保護世帯	<input type="checkbox"/> 市民税非課税世帯(今年度)

次の内容に同意して登録し、病児保育事業を利用します。

- 1 保育中に病状が急変する等緊急事態が発生したときは、救急病院等へ移送すること。
- 2 保育中に病状が急変・再発等の理由により保育の継続ができない状況と判断されたときは、利用の途中であっても自宅療養をさせるため迎えに来ること。
- 3 保育中の病状の急変等に対し実施される医療行為を承認すること。
- 4 保育中に別の病気に感染する可能性について了承すること。
- 5 利用料免除を申し出た際には、課税状況等を調査すること。
- 6 保育園等に対し、登録児童の保育の実施に当たって必要な情報を収集すること。

保護者氏名

けいれんの既往について以下の記入をお願いいたします

	お子様のお名前	
1	・ない	
2	・ある	最終けいれん日 年 月 日
	あると答えた方へ その時の対応 (あてはまるものにチェック)	<input type="checkbox"/> 病院を受診した <input type="checkbox"/> 病院は受診していない <input type="checkbox"/> 点滴投与 <input type="checkbox"/> 内服・座薬投与 <input type="checkbox"/> その他
	ダイアップを使用しましたか？	<input type="checkbox"/> 使用した(初回) (月 日)
		<input type="checkbox"/> 使用した(2回目) (月 日)
		<input type="checkbox"/> 使用した(3回目) (月 日)
		使用せず
	保育室でのダイアップ使用を希望しますか？(希望する場合は医師の指示が必要です)	<input type="checkbox"/> 希望する(mg) <input type="checkbox"/> 希望しない
	何か保育室にご連絡事項がございましたらご記入ください。	

原則、体調がすぐれない時や、いつもと様子が違う時はご遠慮くださるようお願いいたします。

令和 年 月 日 保護者氏名 _____ 印

以上、確認いたしました 担当者氏名 _____ 印

病児・病後児保育利用申込書

児童氏名			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日
保護者氏名			続柄		備考	
お迎えの方			続柄		連絡先	
利用理由	<input type="checkbox"/> 仕事 <input type="checkbox"/> 病気・けが <input type="checkbox"/> 介護・看護 <input type="checkbox"/> 冠婚葬祭 <input type="checkbox"/> その他 ()					
利用日時等	利用日時			お迎え時のサイン (※お迎え時に記入)		
	月 日 : ~ :	氏名		お迎え時間 :		
	月 日 : ~ :	氏名		お迎え時間 :		
	月 日 : ~ :	氏名		お迎え時間 :		
	月 日 : ~ :	氏名		お迎え時間 :		
病状	病名	<input type="checkbox"/> 風邪 <input type="checkbox"/> その他 ()		体温	昨夜 °C	今朝 °C
	主な症状	<input type="checkbox"/> 発熱 <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 嘔吐 <input type="checkbox"/> 咳 <input type="checkbox"/> 鼻水 <input type="checkbox"/> 喘鳴 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 食欲不振 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い		【就寝時間】	:	【起床時間】
	機嫌	<input type="checkbox"/> 良い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 悪い		朝食	<input type="checkbox"/> 食べた <input type="checkbox"/> 少し食べた 時頃 <input type="checkbox"/> 食べていない	
	尿	<input type="checkbox"/> 多い <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少ない		便	【昨日】 回 【本日】 回	
受診した医療機関	名称				受診日	
					令和 年 月 日	
薬	【内服薬】 <input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食間 <input type="checkbox"/> 食後			【軟膏】 回 時頃		
	【点眼】 回 時頃			【その他】 ()		
初めて使用する薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 【名称】 ()					
食事	【普段の食事時間】 昼食 (時頃) おやつ (時頃)					
離乳食	【離乳食の段階】 <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 <input type="checkbox"/> 大人と同じ					
	(: 頃)	食事+ミルク		cc /	ミルクのみ cc	
	(: 頃)	食事+ミルク		cc /	ミルクのみ cc	
	(: 頃)	食事+ミルク		cc /	ミルクのみ cc	
	【ミルクの排気】 <input type="checkbox"/> 出やすい <input type="checkbox"/> 出にくい					
午睡	*普段お昼寝はしますか? <input type="checkbox"/> はい 時間位 <input type="checkbox"/> いいえ					
	*寝かせ方 <input type="checkbox"/> 一人 <input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> その他(癖等) ()					
排泄	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> パンツ *トイレトレーニング中ですか? <input type="checkbox"/> はい (<input type="checkbox"/> 自分で行ける <input type="checkbox"/> 声かけが必要 時間おき) <input type="checkbox"/> いいえ					
好きな遊び						好きな玩具
保育園・幼稚園・学校などで流行している病気						
1か月以内に【おたふくかぜ・みずぼうそう・麻疹・風しん・結核】にかかった家族				<input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない		
乳児のみ記入	<input type="checkbox"/> 寝返りをうつ <input type="checkbox"/> 腹ばい移動できる お座り (<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定) つかまり立ち (<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定)					
	つたい歩き (<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定) 歩行 (<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定)					
その他心配なことなど						