

# 令和7年度 総社市病児保育室登録申請書

令和 年 月 日

病児保育事業実施施設の相互利用に関する協定締結市町村長 様

(岡山県内市町村 (美作市及び西栗倉村を除く。))

保護者氏名 \_\_\_\_\_

●お子様を安全にお預かりするため本情報を関係者・他の医療機関で共有することに  同意する  同意しない

|   |                                  |                          |                                      |                          |                          |            |                          |                          |                          |                          |    |
|---|----------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----|
| 登録児童  | ふりがな                             |                          |                                      |                          |                          | 愛称         | 性別                       | 生年月日                     |                          |                          |    |
|   | 氏名                               |                          |                                      |                          |                          |            | 男・女                      | 平成<br>令和                 | 年                        | 月                        | 日生 |
|   | 住所<br><small>(住民票のあるところ)</small> |                          |                                      |                          |                          |            |                          |                          |                          |                          |    |
|   | 園(学校)名                           |                          |                                      |                          |                          | 組(学年, 組)   |                          |                          |                          |                          |    |
|   | 児童の兄弟姉妹                          | 歳 (男・女),                 |                                      | 歳 (男・女),                 |                          | 歳 (男・女)    |                          |                          |                          |                          |    |
|   | かかりつけ医                           | 病院・医院・クリニック              |                                      |                          |                          |            |                          |                          |                          |                          |    |
| 保護者   | 氏名                               |                          |                                      |                          | 続柄                       |            |                          | 携帯電話番号                   |                          |                          |    |
|   | 勤務先                              |                          |                                      |                          |                          |            | 勤務先電話番号                  |                          |                          |                          |    |
|   | 氏名                               |                          |                                      |                          | 続柄                       |            |                          | 携帯電話番号                   |                          |                          |    |
|   | 勤務先                              |                          |                                      |                          |                          |            | 勤務先電話番号                  |                          |                          |                          |    |
| 予防接種<br>※接種済に✓を記入   |                                  | 1回                       | 2回                                   | 3回                       | 追加                       |            | 1回                       | 2回                       | 3回                       | 追加                       |    |
|   | インフルエンザ菌b型                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 麻しん・風しん    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |    |
|   | 小児用肺炎球菌                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 水痘         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |    |
|   | B型肝炎                             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> |                          | 日本脳炎       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |    |
|   | 4種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ)        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ロタウイルス     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |    |
|   | 5種混合 (ジフテリア・百日せき・破傷風・ポリオ・ヒブ)     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | おたふくかぜ     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                          |                          |    |
|   | BCG                              | <input type="checkbox"/> |                                      |                          |                          | その他<br>( ) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |    |
| アレルギー   | 食物                               | なし                       | あり                                   | 食品名( )                   |                          |            |                          |                          |                          |                          |    |
|   | 薬                                | なし                       | あり                                   | 薬剤名( )                   |                          |            |                          |                          |                          |                          |    |
| 常用薬   | なし                               | あり                       | 薬剤名( )                               |                          |                          |            |                          |                          |                          |                          |    |
| 入院歴   | なし                               | あり                       | 病名( ), 当時の年齢( 歳)<br>病名( ), 当時の年齢( 歳) |                          |                          |            |                          |                          |                          |                          |    |
| 今までにかかった病気 ※✓を記入  |                                  |                          |                                      |                          |                          |            |                          |                          |                          |                          |    |
| <input type="checkbox"/> 熱性けいれん ⇒ (坐薬使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり), (最後の発作 ____年 ____月)<br><input type="checkbox"/> ぜん息 ⇒ ( <input type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 悪化時のみ治療)<br><input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ<br><input type="checkbox"/> その他( ) |                                  |                          |                                      |                          |                          |            |                          |                          |                          |                          |    |
| 発達・発育, 生活面, 体質などで, 配慮が必要なことがあればご記入ください。   |                                  |                          |                                      |                          |                          |            |                          |                          |                          |                          |    |