

年度 豊川小児科内科医院病児保育室 登録申請書

登録日：令和 年 月 日（新規・更新）

A 登録児童

診察券番号：_____

氏名（ふりがな）	第一子 第二子 第三子以降	生年月日 H・R 年 月 生 (歳 ヶ月)	男 ・ 女	通園・通学先名称
住所 〒 _____	常時連絡が取れる電話番号		入園・入学日 年 月 ~	

B 世帯（連絡者は、①②を両方必ずご記入ください。先に連絡をさせて頂く順にご記入ください。）

連絡者①	氏名（ふりがな）	携帯電話番号：
続柄		勤務先名称： 勤務先電話番号：
連絡者②	氏名（ふりがな）	携帯電話番号：
続柄		勤務先名称： 勤務先電話番号：
世帯区分	①課税世帯 ②非課税世帯 ③ひとり親世帯 ④生活保護受給世帯 ④その他	
	音更にお住いで②③④の方は、次のいずれかの書類に○をつけ、提出ください。 ※全て本年度現在のもの、コピー可 保育料決定通知書 保育料納付書 保護者全員分の住民税非課税証明書 ひとり親等医療費受給者証 生活保護受給者証 ※ 利用軽減に関して、確認出来る書類の提出が無い場合は、減免の対象とならない場合がありますのでご注意ください。減免の対象は、音更町民のみとなります。	
家族構成	父 母 祖父 祖母 兄（ 歳, , , ） 姉（ 歳, , , ） 弟（ 歳, , , ） 妹（ 歳, , , ） その他（ ）	
当院が病児保育事業の運営に係る補助金の算定のために保護者及びその利用に係る児童の個人情報をご提供することに同意します。 <p style="text-align: center;">保護者氏名 _____</p>		

C 子どもについて

現在内服している薬	なし・あり
病名：	
薬名：	
服用時間：	
食物アレルギー、薬物アレルギー、その他	なし・あり（ _____ ）
発達障害（多動など）の助言を受けたことがある	なし・あり
診断名：	
かかりつけ医療機関：	

既往歴

突発性発疹	歳	ヶ月頃	おたふくかぜ	歳	ヶ月頃
水ぼうそう	歳	ヶ月頃	麻疹	歳	ヶ月頃
風しん	歳	ヶ月頃	百日咳	歳	ヶ月頃
喘息	歳	ヶ月頃	髄膜炎	歳	ヶ月頃
アトピー性皮膚炎	歳	ヶ月頃	てんかん	歳	ヶ月頃
熱性けいれん	初回	歳	ヶ月頃、最終	歳	ヶ月頃
その他	過去に合計 回				

予防接種歴

(接種したのものには○をつけて下さい)

ロタリックス・ロタテック	1	2	(3)	日本脳炎	1	2	3	追加						
Hib	1	2	3	追加	MR(麻疹・風しん)	1	2							
肺炎球菌	1	2	3	追加	水痘	1	2							
B型肝炎	1	2	3		おたふくかぜ	1	2							
四種混合	1	2	3	追加	インフルエンザ	直近	年	月						
BCG				年	月	二種混合		年	月					
三種混合	1	2	3	追加	破傷風トキソイド	①	年	月	②	年	月	③	年	月
ポリオ	生: 1	2		不活化: 1	2	3	追加							

※ワクチンで防げる病気（水疱やおたふくなど）に関しましては、ワクチン接種を推奨します。

発育について

(3歳未満のお子様、発達障害等の助言を受けた方は、ご記入ください。)

首のすわり	ヶ月頃	寝返り	ヶ月頃
おすわり	ヶ月頃	はいはい	ヶ月頃
つかまり立ち	ヶ月頃	一人歩き	ヶ月頃
人見知り	歳	ヶ月頃	発語 (意味のある言葉)
栄養法	母乳・ミルク・混合	離乳食開始時期	歳
			ヶ月頃

※利用後、記載内容に変更が生じた際は、変更の内容について直接病児保育室スタッフへお申し付けください。

お子さまの様子や体調により医師の指示の下、投薬依頼書の提出無く熱冷まし、吐き気止め、けいれん止めのとん服もしくは座薬等を使用することがあります。

上記の記載につきましてご同意いただけましたら、ご署名よろしくお願ひします。

令和 年 月 日

保護者自署