

登録番号 (診察券番号)	
-----------------	--

病児保育事業利用登録票

柏崎市長 様

年 月 日記入

記入者

ふりがな		生 年 日	年 月 日生	
氏 名	男 女	月 日	(歳 ヶ月)	
保 護 者	父 氏 名	(歳)	お子さんの 愛 称 等	
	母 氏 名	(歳)		
	住 所			
	電 話	父親携帯	- -	歳(男・女)
母親携帯		- -	歳(男・女)	
固定電話		- -	歳(男・女)	
勤 務 先 情 報	父親の勤務先		名称	
	- -		所在地	
	母親の勤務先		名称	
	- -		所在地	
園 名 ・ 校 名 等				
か かり つ け 医 名				
予 防 接 種 歴 感 染 症 歴 (○をつけて ください。)	B C G	未接種・()回済・感染済	水 ぼう そう	未接種・()回済・感染済
	ポ リ オ	未接種・()回済・感染済	ヒ ブ	未接種・()回済・感染済
	三 種 混 合	未接種・()回済・感染済	肺 炎 球 菌	未接種・()回済・感染済
	四 種 混 合	未接種・()回済・感染済	ロ タ	未接種・()回済・感染済
	麻 疹 ・ 風 疹	未接種・()回済・感染済	B 型 肝 炎	未接種・()回済・感染済
	日 本 脳 炎	未接種・()回済・感染済		未接種・()回済・感染済
	お た ふ く か ぜ	未接種・()回済・感染済		未接種・()回済・感染済
こ れ ま で の 病 気 等	現在、治療または経過観察中の病気(定期的に受診や検査の必要な病気)			
	□ない □ある()			
	上記の病気のため、常時、内服中の薬			
□ない □ある()				

この登録票は、病気のお子さんを安全にお預かりするため、保育者(看護師・保育士)があらかじめ
知っておきたい事項について記入いただくものです。裏も御記入ください。

登録の有効期間は、原則として1年間(4月～3月)です。

【連絡事項】

複数回答 可

熱性けいれん	無・有（ 歳頃 ～ 最後 歳 ） 発熱時の医師の指示（ ）
アレルギー	無・有（ ）
平熱	（ ）℃
薬	・口に入れてそのまま飲む ・スプーンの上で溶かして飲む ・水で練って口に入れる ・お菓じょうずゼリーで飲ませて欲しい
水分	コップ ・ストロー ・マグマグ ・スプーン ・哺乳びん
食事	一人で食べる ・ 半分介助 ・ 全面介助
排泄	トイレで一人で出来る ・ 少し手伝えば出来る ・ おむつ使用
睡眠 寝かしつけ	昼寝の習慣 無 有（ : ~ : ） ・何もしない ・おんぶ ・抱っこ ・おっぱい ・ラック ・トントン ・その他（ ）
利用中の 睡眠の希望	・いくらでも寝かせておいて欲しい ・（ : ）時頃には起こして欲しい ・おまかせします ・その他の希望（ ）
ミルクを飲んで いるお子さん	ミルクを飲む時間 ・決まっていない（ 時間毎） ・決まっている（ ） ミルクの一回量（ ml/回） ミルクの種類（ ） 哺乳びんのこだわり 無・有（ ）
好きな遊び	
その他、配慮して欲しいことや特記事項	

※お預かり中、医師の診察があります。（入室当日、他院で診察を受けた方はありません。）
登園（登校）許可証の記入もできますので、必要な方は許可証を御持参ください。
（記入については、医師が診察により判断いたします。）

以下、保育室から保護者さまへ ※説明後にスタッフが(済)記入

- ・保険の用紙をお渡しする ()
- ・お茶の提供の許可をお聞きする ()
- ・お菓じょうずゼリーの使用について ()
- ・お預かり中の面会について ()

受付日： 年 月 日 病児保育室 担当者署名：