

【一般用】coconomi病児保育室登録票

※新規登録か再登録か○で囲む→ 新規登録 ・ 再登録

年 月 日記入

記入者氏名： \_\_\_\_\_

登録番号	
------	--

ふりがな	愛称		男 ・ 女	生年月日	平熱
お子様のお名前				年 月 日( 歳)	°C
お子様の所属	( )保育園・( )幼稚園・( )小学校		かかりつけ 病院名		
保護者	氏名	続柄( )	勤務先名		
	携帯		勤務先TEL		
	氏名	続柄( )	勤務先名		
	携帯		勤務先TEL		
自宅住所	(〒 )			TEL	

▶ 予防接種 ※該当するものに、○で囲んでください

四種混合	受けていない ・ 受けた(1期：1回・2回・3回 / 1期追加)	B型肝炎	受けていない ・ 受けた
MR(麻疹・風疹)	受けていない ・ 受けた	ロタウイルス	受けていない ・ 受けた
BCG	受けていない ・ 受けた	おたふくかぜ	受けていない ・ 受けた
日本脳炎	受けていない ・ 受けた	ヒブ、肺炎球菌	受けていない ・ 受けた
水ぼうそう	受けていない ・ 受けた		

▶ 感染症 ※これまでかかった主な感染症名と病気を、○で囲んでください

- |           |           |       |           |                |
|-----------|-----------|-------|-----------|----------------|
| 1 突発性発疹   | 2 はしか     | 3 風疹  | 4 水ぼうそう   | 5 おたふくかぜ       |
| 6 手足口病    | 7 りんご病    | 8 百日咳 | 9 ヘルパンギーナ | 10 咽頭結膜熱(プール熱) |
| 11 熱性けいれん | 12 蕁麻疹    | 13 結核 | 14 喘息     | 15 アトピー性皮膚炎    |
| 16 とびひ    | 17 その他( ) |       |           |                |

▶ 既往歴等 ※該当する箇所に記入をしてください。

- 熱性けいれん : ない ・ ある [初回 歳ごろ 最後は 歳ごろ (これまでに 回発症)]
- 喘息 : ない ・ ある  
[ 毎日薬が必要 ・ 発作時だけ ・ 薬なし /毎日吸入が必要 ・ 発作時だけ ・ 吸入なし]
- アトピー性皮膚炎: ない ・ ある [治療: 内服薬 ・ 食事療法]
- アレルギー体質 : ない ・ ある [具体的な症状: ]  
[食物: ミルク ・ 卵 ・ 鶏肉 ・ 牛肉 ・ そば ・ 大豆 ・ 小麦 ・ その他( )]
- 1年以内に入院 : ない ・ ある [病名: 歳ごろ入院した]  
[病名: 歳ごろ入院した]

常時内服している薬	なし ・ ある	薬名	
-----------	---------	----	--

備考	その他、気になる発達の状況・心配な事・配慮してほしいことについて記入してください
----	--

※ 健康保険証と医療証のコピーと一緒に提出してください。(お持ち頂ければ病児保育室でもコピーできます)

上記の通り、病児室を利用したいので登録を申請致します。なお、利用期間中は施設の指示に従います。

## coconomi病児室 病児・病後児保育利用にあたっての同意書

各項目をよく読み、☑チェックをお願いいたします。

- 保育室のご利用状況(定員など)や、受入れ時の病状により入室をお断りすることがあります。
- 入室中の病状の変化により、お迎えをお願いする事があります。
- 病児間での感染防止には最大限注意をしますが、感染を防げない場合もあります。
- お迎えの方が変更になる場合は必ずご連絡下さい。  
※確認が取れない場合は、お子様をお渡しすることができません。
- 無断キャンセルやお迎えの遅刻が続く場合は、ご利用をお断りすることがあります。