利 用 時 確 認 書

登録番号	※	No.	※

児童愛称	
主治医	当院　・　当院以外（主治医名：　　医院名：　　）
保育の対応	好きな遊び（　　）　好きなもの（　　） おんぶ（経験　あり・なし）　だっこ（縦抱き　・　横抱き） ぐずったときの対応方法
昼　食	昼食（　　）
おやつ	おやつ（　　）
水　分	飲み物（　　）
（どのくらい与える？）	ミルク（　　）
与　薬	希望する（必ず薬剤情報提供書またはお薬手帳をご提示ください） 希望しない
常時内服しているお薬	ぜんそく、アトピー性皮膚炎、けいれん等で常時内服しているお薬があれば具体的に記入願います。
食事	主治医等から食事制限を受けている場合は、具体的に記入願います。
その他	当該保育室を利用するにあたり、心配事、配慮してもらいたいことがあれば具体的に記入願います。

病歴等

予防接種歴	※接種済みのものに✔を、複数回接種するものについては、回数等に〇をつけてください ☐ BCG　☐ 四種混合　1回目・2回目・3回目・追加　☐ ヒブ　1回目・2回目・3回目・4回目 ☐ 小児肺炎球菌 1回目・2回目・3回目・4回目　☐ B型肝炎 1回目・2回目・3回目 ☐麻しん・風しん（MR）混合　1期・2期　☐ おたふく　初回・追加 ☐ 日本脳炎1期　1回目・2回目・追加　☐ 水痘（水ぼうそう）1回目・2回目 ☐ ロタ（ロタテック 1回目・2回目・3回目）（ロタリックス 1回目・2回目） ☐ その他　（接種ワクチン名　　）
これまでにかかった病気	※発症済みのものに✔をつけて下さい ☐ 突発性発疹　☐ 麻しん（はしか）　☐ 風しん（3日はしか） ☐ 水ぼうそう　☐ おたふくかぜ　☐ 手足口病 ☐ リンゴ病　☐ 川崎病　☐ 百日せき ☐ けいれん（熱性・無熱性）　☐ 喘　息 ☐ 気管支炎　☐ その他（病名：　　）
入院歴	なし・あり （病名：　　／　　歳　　か月） （病名：　　／　　歳　　か月） （病名：　　／　　歳　　か月）
オプション申込	・ 紙おむつ（　　ｾｯﾄ）　・ タオル（　　ｾｯﾄ）　・ 飲み物（　　個） ・ マスク（　　枚）　・ 延長（　　時　　分まで）