

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 <small>（どのくらい与える？）</small>	飲み物（ _____ ）				
	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○をつけてください <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> 四種混合 1回目・2回目・3回目・追加 <input type="checkbox"/> ヒブ 1回目・2回目・3回目・4回目 <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 1回目・2回目・3回目・4回目 <input type="checkbox"/> B型肝炎 1回目・2回目・3回目 <input type="checkbox"/> 麻しん・風しん(MR)混合 1期・2期 <input type="checkbox"/> おたふく 初回・追加 <input type="checkbox"/> 日本脳炎1期 1回目・2回目・追加 <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) 1回目・2回目 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 突発性発疹 <input type="checkbox"/> 麻しん(はしか) <input type="checkbox"/> 風しん(3日はしか) <input type="checkbox"/> 水ぼうそう <input type="checkbox"/> おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 手足口病 <input type="checkbox"/> リンゴ病 <input type="checkbox"/> 川崎病 <input type="checkbox"/> 百日せき <input type="checkbox"/> けいれん(熱性・無熱性) <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> 気管支炎 <input type="checkbox"/> 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)				