

病児保育室利用者登録申込書・同意書

記入日 年 月 日

1. 病児保育室に預けるお子様

フリガナ		性別	生年月日
氏名		男・女	年 月 日 (才 ヶ月)
続柄	利用者の (第1子 ・ 第2子 ・ 第3子 ・ ())		
健康保険	記号 : ()	番号 : ()	
	記号 : ()	番号 : ()	
	記号 : ()	番号 : ()	

2. 登録申込者 (利用者)

フリガナ	
(所属部署)	(PHS・内線)
氏名	
住所	〒 -
電話	自 宅 (- -) 携帯電話 (- -)

3. 緊急連絡先

フリガナ	
氏名	続柄 ()
住所	〒 -
電話	自 宅 (- -) 携帯電話 (- -)

4. 送迎人の登録

氏名	住所・電話	携帯電話
1 続柄 ()	Tel (- -)	
2 続柄 ()	Tel (- -)	

5. 同意書

お預かりしたお子様の容態が悪くなり治療が必要となった場合は、利用者に連絡することを原則としておりますが利用者に連絡が取れないときは佐賀大学医学部附属病院で治療を受けさせることがあります。

上記について同意いたします。

署名

印

健康記録

様式第1-2号

1. 出産の状態（保護者の方が「母子手帳」より、転記してください。）

妊娠周期				
分娩経過 (母子の状態)				
出産時の 児の状態	計測値	体重 身長 胸囲 頭囲	g cm cm cm	特 別 な 所 見 ・ 処 置
検 診 の 状 況	特 別 な 所 見 処 置	1ヶ月 3ヶ月 6ヶ月 1才	1才6ヶ月 2才 3才	

2. 予防接種の記録

(1) 定期接種の記録

種 類	接 種 日	種 類	接 種 日
ロタウイルス	1回目 年 月 日	Hib感染症 (ヒブ)	1回目 年 月 日
	2回目 年 月 日		2回目 年 月 日
	3回目 年 月 日		3回目 年 月 日
	4回目 年 月 日		
B型肝炎	1回目 年 月 日	小児用肺炎球菌	1回目 年 月 日
	2回目 年 月 日		2回目 年 月 日
	3回目 年 月 日		3回目 年 月 日
	4回目 年 月 日		
4種混合	1回目 年 月 日	B C G	年 月 日
	2回目 年 月 日	麻疹・風疹MR 混合ワクチン	1期 年 月 日
	3回目 年 月 日		2期 年 月 日
	追 加 年 月 日	水痘 (みずぼうそう)	1期初回 年 月 日
1期初回 年 月 日	1期追加 年 月 日		
日本脳炎	1期初回 年 月 日		
	1期追加 年 月 日		

(2) 任意接種

種 類	接 種 日	種 類	接 種 日
	年 月 日		年 月 日
	年 月 日		年 月 日

3. 体温、血液型

平 熱	度 分
血 液 型	Rh + - A B O AB

4. その他

アレルギー			
過去の既往症			
①首のすわり (月)	④はいはい (月)	⑦歩き始め (月)	
②寝 返 り (月)	⑤つかまり立ち (月)		
③おすわり (月)	⑥伝 い 歩 き (月)		