|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **病児・病後児保育室 「ほいみん」　利用登録票** | | | | | | | | | | |
| 登録年月日　令和　　　年　　　月　　　日  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　登録番号 | | | | | | | | | | |
| ふりがな 氏名 |  | | | 男 女 | | 生年月日 | 平成・令和　　　年　　月　　日 　　　　　　　　　　歳　　　ヶ月 | | | |
| 住所 | 〒 | | | | | 連絡先 | 自宅・携帯　　　　　　　　（　　　　　） | | | |
| 通園施設名 |  | | | | | | | | | |
| 保護者の 緊急連絡先 | 保護者氏名 | | | 続柄 | | 保護者氏名 | | | | 続柄 |
|  | 勤務先 | | | | | 勤務先 | | | | |
|  | 連絡先 | | | | | 連絡先 | | | | |
| 保護者以外の緊急連絡先 | 氏名 | | | 児童との関係 | | 連絡先 | | | | |
| かかりつけ医療機関 | 名称 | | | 連絡先 | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 予防接種について | | | |  | | | | | | |
| ヒブワクチン  Ⅰ期　（1回目、2回目、3回目）、追加 | | | | ロタウイルスワクチン  1回目、2回目、3回目 | | | | | | |
| 肺炎球菌ワクチン  Ⅰ期　（1回目、2回目、3回目）、追加 | | | | B型肝炎  1回目、2回目 | | | | | | |
| 四種混合  Ⅰ期　（1回目、2回目、3回目）、追加 | | | | 日本脳炎  I期（1回目、2回目、追加）、II期 | | | | | | |
| 三種混合  Ⅰ期　（1回目、2回目、3回目）、追加 | | | | BCG | | | | | | |
| ポリオ  生ワクチン（1回目、2回目）  不活化ワクチン（1回目、2回目、3回目、4回目） | | | | インフルエンザ  1回目、2回目 | | | | | | |
| MRワクチン  I期、II期 | | | | 水痘（みずぼうそう）ワクチン  1回目、2回目 | | | | | | |
| 流行性耳下腺炎（おたふく）ワクチン | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| これまでにかかった主な感染症について | | | | | | | | | | |
| 麻疹（はしか） | | | | 風疹 | | | | | | |
| 水痘（みずぼうそう） | | | | 流行性耳下腺炎（おたふく） | | | | | | |
| 百日咳 | | | | 突発性発疹症 | | | | | | |
| これまでにかかった病気について | | | | | | | | | | |
| 病名 | | 年齢 | 入院の有無 | | 病名 | | | 年齢 | 入院の有無 | |
|  | |  |  | |  | | |  |  | |
|  | |  |  | |  | | |  |  | |
|  | |  |  | |  | | |  |  | |
| 熱性痙攣について  あり・なし | | | これまでの発作回数 | | | 最終発作　年　　月　　日  ダイアップの予防投与　あり・なし | | | | |
| アレルギーについて  気管支喘息　あり・なし　　治療内容 | | | | | | | | | | |
| アトピー性皮膚炎　あり・なし　治療内容 | | | | | | | | | | |
| 食物アレルギー　　あり・なし　　除去の状況 | | | | | | | | | | |
| その他のアレルギー疾患（薬・花粉症・環境など）　あり・なし | | | | | | | | | | |
| その他現在治療中の病気について | あり・なし　ある場合は治療内容 | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| 生活習慣について | | | | | | | | | | |
| 食事 | 食事量  よく食べる・普通・食が細い | | | 食事内容  離乳食（　　回）＋ミルク・母乳（　回）、幼児食、 | | | | | | |
| 食事方法  1人で食べられる・お手伝いが必要 | | | 食事道具  はし・スプーンやフォーク・手づかみ | | | | | | |
| その他食事について注意が必要な点 | | | | | | | | | |
| 排泄 | 自立・オムツ | | | 内服 | | そのまま飲める・水に溶かして・何かと混ぜて（　　　　） | | | | |
| 睡眠 | 昼寝　　時間　　夜間睡眠　　　　　　：　　　　～　　　　： | | | | | | | | | |
| 好きな事　　（遊び、おもちゃなど） |  | | | | | | | | | |
| 苦手な事　（食べ物、環境、状況など） |  | | | | | | | | | |
| 性格 |  | | | | | | | | | |
| その他保育中に配慮が必要な事があれば記入して下さい | | | | | | | | | | |

**重要事項確認書**

『病児・病後児保育室　ほいみん』では保護者の方に代わり、医師・看護師・保育士の連携のもとでお子様をお預かりする施設です。

皆様が安心してご利用頂けるよう、下記の重要事項をご確認くださいますようお願いいたします。

**ご利用にあたっての重要事項**

1. 予約をお受けしていても、当日の朝の病状から保育ができないと判断した時には、お預かりできない場合

があります。

2.　利用者間の感染には細心の注意を払っておりますが、感染の可能性が全くないというわけではありません。

3. 保育中に病状が悪化し保育の継続が困難となった時は、予定時間前でもお迎えをお願いします。

4.　病児保育室では点滴などの医療処置は原則おこないません。

5. 病児保育期間中、必要に応じて当院またはかかりつけ医を受診していただきます。

6. 緊急時には事後承諾で先に治療を開始することがあります。

7. 未接種の予防接種の内容によっては、他の方からの感染リスクなどを考慮し、お預かりできない場合があ

ります。

8. ご利用当日は、必ず連絡がとれるようにお願いいたします。

9. 緊急連絡がとれなかったことにより不利益が生じても、 当保育室では責任を負いません.

10. 延長保育はありません。18:00までにお迎えをお願いいたします。当日の様子など保管士または医師から

お伝えしますので、時間に余裕をもってお迎えをお願いいたします。

11. 名古屋市の規定により、連続のご利用は7 日までとさせていただきます。

12. ご予約をキャンセルされる場合は、 ご利用当日の7:30までには必ずご連絡くださいますようお願いいたし

ます(HPの予約システムよりキャンセル可能です)。

**上記の内容につき、 ご承諾いただければご署名をお願いいたします。**

**令和　　　年　　　月　　　日**

**保護者様ご署名**

**病児・病後児保育室　ほいみん**