

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せようをお願いいたします。

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