

## 病児保育室利用児童票（新規・更新・中止）

令和 年 月 日

獨協医科大学病院長 殿  
病児保育室長 殿所 属 \_\_\_\_\_  
(ふりがな)

申請者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

所 属 \_\_\_\_\_  
(ふりがな)

申請者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

\* 配偶者が職員の場合に記入

病児保育室を利用するため、次の通り申し込みます。

なお、記入した個人情報、所属施設および委託業者で共有することを承認します。

保護者氏名	(ふりがな)		自宅電話			
住所	〒					
緊急連絡先	1	氏名	所属	続柄		
		携帯電話		院内PHS		
	2	氏名	所属	続柄		
		携帯電話		院内PHS		
お子様氏名	(ふりがな)		性別	男	女	
			生年月日	平成・令和	年 月 日	
通園・通学先			かかりつけ医			
新生児期	出生時に異常	無 ・ 有 ( )				
乳児期	発育・発達状況	ふつう ・ 少し遅れていると思う ・ わからない				
予防接種	ヒブワクチン	受けていない ・ 受けた ( 1回 2回 3回 1期追加 )				
	肺炎球菌	受けていない ・ 受けた ( 1回 2回 3回 1期追加 )				
	ロタウイルス	受けていない ・ 受けた ( 1回 2回 3回 )				
	四種混合	受けていない ・ 受けた ( 1回 2回 3回 1期追加 )				
	BCG	受けていない ・ 受けた	ポリオ	受けていない ・ 受けた		
	二種混合 (風疹・麻疹)	受けていない ・ 受けた ( 1回 2回 )				
	水ぼうそう	受けていない ・ 受けた ( 1回 2回 )				
	おたふくかぜ	受けていない ・ 受けた				
これまでの病気	突発性発疹	無 ・ 有	麻疹	無 ・ 有	風疹	無 ・ 有
	水ぼうそう	無 ・ 有	おたふくかぜ	無 ・ 有	アトピー性皮膚炎	無 ・ 有
	喘息及び喘息様気管支炎	無 ・ 有 (治療継続中・悪化時治療)				
	熱性けいれん	無 ・ 有 ( 回 )		最後はいつ	年 月 日	
	その他の病気					
	入院歴	無 ・ 有 (具体的に: )				
服用している薬	無・有 (利用当日別紙に記入)		アレルギー	無・有 (具体的に: )		
その他	(配慮してほしいこと等)					

\* お子さんの写真掲載について以下の項目に○をご記入ください (毎月の園便り、獨協学内の掲示物)

掲載不可 ・ 掲載可能 ・ 後姿のみ可能

\* 年度初めに必ずご提出ください。 年度初回利用時には母子手帳の持参をお願い致します。

【事務処理欄】

アイگران	

庶務課	給与厚生課	学生課	庶務学生課	看護事務室