

病児保育事業利用登録申請書(事前登録)

公立邑智病院 病院長 様

年 月 日

公立邑智病院の病児保育業の利用登録を申請します。
なお、利用期間中は、病院の指示に従います。

保護者 住 所

ふりがな

氏 名

電話番号

ふりがな		男 ・ 女	I D	生年月日
乳幼児氏名				年 月 日
緊急連絡先	第1	氏名	続柄	携帯電話
		勤務先	勤務先住所	勤務先電話
	第2	氏名	続柄	携帯電話
		勤務先	勤務先住所	勤務先電話
医療機関名等	住 所	電 話		
	医療機関名			
通所保育所				
既往症	けいれん	(有 無) これまで 回 最後は 歳 ヶ月		
	ぜん息	(有 無) 薬の服用 (毎日 無 発作時のみ)		
	ぜん息性気管支炎	(有 無) 薬の服用 (毎日 無 発作時のみ)		
	アトピー性皮膚炎	(有 無) 治療内容 ()		
	その他の病気 (生まれつきの病気も含む)			
予防接種等	予防接種 受けているものに ○印をつけてくだ さい。	・麻しん風疹二種混合 (MR) ・日本脳炎 ・五種混合 ・ジフテリア破傷風 (DT) ・B型肝炎 ・流行性耳下腺炎 (おたふく風邪) ・水痘 (みずぼうそう) ・B C G接種 ・ロタリックス ・肺炎球菌 (プレバナー) ・その他 ()		
食事状況	・食事について注意事項があればご記入ください。(特に食事制限の指示などを主治医から受けている場合、アレルギー食品がある場合など具体的に記入してください)			
その他	・特別な体質をもっておられるお子さんは想定外のことが発生することがあります。体質 (薬物アレルギーなど) やくせなど心配なこと、配慮してほしいことなどあれば、具体的に記入してください。			

- ご登録いただいた個人情報の取扱いについては、特定された利用目的の達成に必要な範囲を超えた個人情報の取扱いを行わないための適切な措置を講じます。
- 当院は、個人情報の取扱いに関する法令、国が定める指針その他の規範を遵守いたします。

貴施設に預けております(乳幼児氏名)の病状の変化に対する措置として、上記主治医の判断により公立邑智病院で受診することに同意いたします。

保護者

印

医師	看護師	保育士