

病児保育室利用者登録書・同意書

正・契

記入日 平成 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	平成	年	月	日
			( 才 ヶ月)			
続柄	利用者の ( 第1子 ・ 第2子 ・ 第3子 ・ ( ) )					
平熱	度	分	血液型	RH:	+	-
					A	B
					O	AB

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

所属部署		内線番号	
------	--	------	--

4. その他

アレルギー (注意事項も記入)	
過去の既往症	

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 \_\_\_\_\_

※事前に保護者様にてご記入後、学校法人福岡学園 総務課に提出、返却後保育室に提出

## 健康記録表

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	g	特 別 な 所 見 ・ 処 置
		身長	cm	
		胸囲	cm	
		頭囲	cm	
検 診 の 状 況	特 別 な 所 見 処 置	1ヶ月	1才6ヶ月	
		3ヶ月	2才	
		6ヶ月	3才	
		1才		

2. 予防接種の記録

(1) 定期接種の記録

接 種	接 種 日	接 種	接 種 日
三種混合	1回目平成 年 月 日	四種混合	1回目平成 年 月 日
	2回目平成 年 月 日		2回目平成 年 月 日
	3回目平成 年 月 日		3回目平成 年 月 日
	追 加平成 年 月 日		追 加平成 年 月 日
ポリオ	1回目平成 年 月 日	MR(麻疹風疹混合)	平成 年 月 日
	2回目平成 年 月 日	日本脳炎	平成 年 月 日
	3回目平成 年 月 日	B C G	平成 年 月 日
	追 加平成 年 月 日	Hibワクチン(インフルエンザ菌b型)	平成 年 月 日
		肺炎球菌ワクチン	平成 年 月 日

(2) 任意接種

水ぼうそう(水痘)	平成 年 月 日		平成 年 月 日
おたふくかぜ(流行性耳下腺炎)	平成 年 月 日		平成 年 月 日
	平成 年 月 日		平成 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	