

病児保育利用申込書

トヨタ記念病院 病児保育施設「ぴーぱらんど」行 申込日 年 月 日

保護者氏名	部署(部・室/課)	部	室 / 課
従業員コード	当日の緊急連絡先	電話番号	

幼児・児童名	ふりがな	男・女	生年月日	年齢
	(愛称)			

利用希望日	月 日 ()	フル・ハーフ	:	~	:	食事オーダー	有・無		
	勤務時間	契約者	:	~	:	配偶者	:	~	:
	月 日 ()	フル・ハーフ	:	~	:	食事オーダー	有・無		
	勤務時間	契約者	:	~	:	配偶者	:	~	:
	月 日 ()	フル・ハーフ	:	~	:	食事オーダー	有・無		
	勤務時間	契約者	:	~	:	配偶者	:	~	:

主治医名	病院 トヨタ記念病院 診察券番号	お持ちでしたら記入してください
------	------------------------	-----------------

傷病等の状況<現症状の経過>	体重	Kg
	平熱	°C
	現在の体温	°C

現在の症状(該当するものに○を付けてください。)

発熱・発疹(部位)・咳・鼻水・のどの痛み・腹痛・下痢・嘔吐
吐き気・食欲低下・頭痛・目やに・その他()

備考)キャンセルは利用当日の8:30までです。それ以降のキャンセルは利用料金の100%がかかります。

お子様の状況	①今までにかかった病気や怪我など <input type="checkbox"/> 熱性痙攣 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> RSウイルス <input type="checkbox"/> インフルエンザ <input type="checkbox"/> 気管支ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 麻酔アレルギー <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふく) <input type="checkbox"/> 麻疹(はしか) <input type="checkbox"/> 風疹(三日ばしか) <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> ノロウイルス <input type="checkbox"/> 肩・腕の抜け(右・左) <input type="checkbox"/> その他(病名:)
	②予防接種(接種済みのものにチェックしてください。1回でも接種された場合はチェックしてください。) <input type="checkbox"/> 小児肺炎球菌 <input type="checkbox"/> ヒブ <input type="checkbox"/> ロタウイルス <input type="checkbox"/> 四種混合 <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> MR(麻疹・風疹) <input type="checkbox"/> 水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎(おたふく) <input type="checkbox"/> 日本脳炎 <input type="checkbox"/> 三種混合 <input type="checkbox"/> ポリオ <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 二種混合 <input type="checkbox"/> インフルエンザ(直近での接種時期 年 月 日、 年 月 日)
	③アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(下記を記入してください) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 気管支ぜんそく <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 花粉症 アレルゲン () アレルギー症状 () 食べてはいけない食べ物・気をつけること等 ()
	④経口補水液・ベビー飲料の補給 ※脱水症状対策(緊急時のみ) <input type="checkbox"/> 可(オーエスワン、またはポカリスエットゼリーのどちらかを使用いたします) <input type="checkbox"/> 不可
	⑤その他、治療中の疾患、または届出内容に変更がありましたらご記入ください
注意事項	*お子様のことで注意することがありましたらご記入ください。
事務処理欄	ID