

病児保育利用申込書

申込日 年 月 日

トヨタ記念病院 病児保育施設「ぴーぼらんど」 行

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)		年 月 日生	歳 か月

利用希望日	月 日 ()	フル ・ ハーフ	: ~ :	食事オ-ダ-	有 ・ 無
	月 日 ()	フル ・ ハーフ	: ~ :	食事オ-ダ-	有 ・ 無

主治医名	病院 医院	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	℃
	現在の体温	℃

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)キャンセルは前営業日の17:00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その他、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	