

かかりつけ医	名称 (Tel. — —)		担当医師名	
家族の状況	父	(歳)		(歳)
	母	(歳)		(歳)
		(歳)		(歳)
アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 有 (症状) <input type="checkbox"/> 無			
既往症	<input type="checkbox"/> 麻疹 (はしか) <input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 風疹 (三日ばしか) <input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		<input type="checkbox"/> 百日咳 <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> 熱性けいれん <input type="checkbox"/> 川崎病	
	<input type="checkbox"/> 食物アレルギー (ミルク・卵・ソバ・大豆・その他) <input type="checkbox"/> その他 ()		<input type="checkbox"/> 異型肺炎 (マイコプラズマ肺炎) <input type="checkbox"/> 結核 <input type="checkbox"/> 喘息 <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	
予防接種	<input type="checkbox"/> BCG		未・済	
	<input type="checkbox"/> MR		未・1期済・2期済	
	<input type="checkbox"/> ポリオ (<input type="checkbox"/> 生ワク <input type="checkbox"/> 不活化 ※四種混合接種者は記入不要		未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済	
	<input type="checkbox"/> 三種 <input type="checkbox"/> 四種 混合		未・1期1回目済・2回目済・3回目済・追加済	
	<input type="checkbox"/> 日本脳炎		未・1期1回目済・2回目済・追加済	
	<input type="checkbox"/> ヒブワクチン		未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済	
	<input type="checkbox"/> 肺炎球菌		未・1回目済・2回目済・3回目済・4回目済	
	<input type="checkbox"/> 流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)		未・1回目済・2回目済	
	<input type="checkbox"/> 水痘 (水ぼうそう)		未・1回目済・2回目済	
	<input type="checkbox"/> B型肝炎 (HB)		未・済	
<input type="checkbox"/> その他		()		
保育上注意してほしいこと				

同意書

- (1) 病児保育センターは八鹿病院の付属施設ではないので、病状が変化したときは、速やかに迎えに行きます。
- (2) 事態が緊急を要する場合は、保育士等が医療機関にて対応いただくことに同意し、要した経費(診療費・薬剤費、搬送費等)についても必ず支払うことに同意します。
- (3) 事業の性質上、他の利用者の病気に感染する可能性があることを理解の上、養父市病児保育センターの利用を申し込みます。
- (4) 事業実施にあたり、万一事故等が発生しても、施設側の故意又は重大な過失である場合を除き、養父市及び当該実施施設は責任を負わないことに同意します。

保護者氏名

印