別記様式第１号（第９条関係）

**病児保育施設事前登録票**

長崎大学病院病児保育施設長　殿

年　月　日記入

　長崎大学病院病児保育施設の利用について、「ご利用のしおり」及び下記事項の内容を承諾・同意の上、関係書類を添えて申し込みます。なお、病児保育施設事前登録票を提出後、記載内容に変更が生じた場合は、速やかに報告を行います。

**申込者名　　　　　　　　　　　　　職員番号**

１．貴施設に預けている子どもの病状の急変時には，保護者の私又は私の代理人が早急に迎えに行きます。

２．病状の急変時で、緊急に診療の必要がある場合には、長崎大学病院高度救命救急センターを受診し処置を受けることに同意します。

　　また、診察代等が別途発生することについても同意します。

３．貴施設にて、施設内の子どもから子どもへの水平感染の可能性があることについて了承いたします。

４．持参した食事に関する一切の責任は保護者の私にあることに同意し、万一持参した食事の摂取により子どもの体調に異変が生じても貴施設に苦情は申しません。

５．事故が発生した場合、その事故が貴施設での故意又は重大な過失によって発生したものでない限り、その責任は問いません。

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 健康保険証記号番号 | | | |  | | | | | | | |
| ふりがな | | | |  | | 男  女 | | 生年月日 | | | 年　　月　　日生  （　　　歳　　　ヵ月　） |
| お子様の名前 | | | | （愛称：　　　　　　　） | |
| 平　熱 | | | | 度　　　　分 | | 血　液　型 | | | | |  |
| かかりつけ医名 | | | |  | | | | | | | |
| 自宅住所  電話番号 | | | | 〒  TEL | | | | | | | |
| 保護者 | 【父親】 | | | 氏名：　　　　　　　　　　　（　　　歳）  携帯TEL： | | | | | 勤務先名称（病院内）：  所属部署内線：　　　　ＰＨＳ： | | |
| 以下該当するところに○をつけてください  勤務形態：常勤職員・非常勤職員・その他（　　　　　　　　　　）  職種　　：教員・教員以外の研究者・医員・研修医・看護師・薬剤師・医療技術職員・事務職員  ・その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 【母親】 | | | 氏名：　　　　　　　　　　（　　　歳）  携帯℡： | | | | | 勤務先名称（病院内）：  所属部署内線：　　　　ＰＨＳ： | | |
| 以下該当するところに○をつけてください  勤務形態：常勤職員・非常勤職員・その他（　　　　　　　　　　）  職種　　：教員・教員以外の研究者・医員・研修医・看護師・薬剤師・医療技術職員・事務職員  ・その他（　　　　　　　　　　） | | | | | | | | | | |
| 緊急連絡先 | ① | 氏名　　　　　　　　　　　　　　続柄  　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先名  電話番号 | | | | | | | | | |
| ② | 氏名　　　　　　　　　　　　　　続柄  　　　　　　　　　　　　　　　　連絡先名  電話番号 | | | | | | | | | |
| 送迎人  （登録申請以外の方が送迎される場合ご記入ください | 氏名 | | | | 住所・電話番号 | | | | | | 携帯電話 |
| 続柄（　　　） | | | | 電話（　　　　－　　　　－　　　　） | | | | | |  |
| 続柄（　　　） | | | | 電話（　　　　－　　　　－　　　　） | | | | | |  |
| 予防接種 | ※母子手帳の該当箇所のコピーを添付してください。 | | | | | | | | | | |
| これまでの病気 | 感染症 | | | | □①突発性発疹 □②麻疹　□③風疹　□④水ぼうそう□⑤おたふくかぜ | | | | | | |
| 気管支喘息 | | | | □なし　□あり（□現在治療中　□現在治療ないが最終発作　　頃　　） | | | | | | |
| アトピー性皮膚炎 | | | | □なし　□あり（□現在治療中　□外用剤のみ　□外用剤＋内服薬　　） | | | | | | |
| アレルギー（食品・その他） | | | | □なし　□あり　完全除去している食品： | | | | | | |
| 熱性けいれん | | | | □なし　□あり　予防的に座薬を　□使用する　□使用しない | | | | | | |
| その他の病気 | | | | □なし　　□あり（病名）  （いつ頃） | | | | | | |
| 現在使用中の薬 | □なし　　□あり（具体的に） | | | | | | | | | | |
| 食　　事 | 食べ方 | | □自分で食べる　□食べさせてもらう　□時間（約　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| □何で食べますか？　（　□箸　　□フォーク　　□スプーン　） | | | | | | | | |
| 水分摂取方法 | | □コップで飲める□哺乳瓶で飲める　□(スプーン・ストロー)で飲める  □その他(　　　　　　　　　　　　　) | | | | | | | | |
| 睡　　眠 | 午　睡 | | □する（　　　　　時より　　　　　時間）　□時々する　□しない | | | | | | | | |
| 寝る時のくせ | | □無　　　　　　　　□有（　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） | | | | | | | | |
| 排　　泄 | おしっこ | | □トイレでできる　□オムツ  □紙パンツ | | | | 排便 | | | □トイレでできる　□オムツ  □紙パンツ | |
| お子様の特徴（性格）・  好きな遊び |  | | | | | | | | | | |
| その他 | お子さんのことで気になること、保育施設に知っておいて欲しいこと等 | | | | | | | | | | |

【更新年月日】１．　　年　　月　　日　　２．　　年　　月　　日　　３．　　年　　月　　日