

病児保育室「おひさま」利用登録票

独立行政法人地域医療機能推進機構
高岡ふしき病院

令和 年 月 日

保護者サイン

※ID

登 録 児 童 の 詳 細	氏 名		性別	生 年 月 日		
	ふりがな		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 平成 <input type="checkbox"/> 令和 年 月 日 学年：		
	住 所		〒			
	通 所 施 設		TEL			
	□有：名称 □無		保育園・幼稚園 こども園・小学校		□他院：名称 □当院	
	同居家族	<input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 兄弟（例：姉4歳） <input type="checkbox"/> 祖父 <input type="checkbox"/> 祖母 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
	お子様の日常の過ごし方・性格・好きな遊びなど（活発・静かほか）			1年以内にかかった病気		
				<input type="checkbox"/> RSウィルス感染症 年 月 <input type="checkbox"/> インフルエンザ(最終) 年 月 <input type="checkbox"/> 新型コロナ(最終) 年 月 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん(最終) 年 月 予防薬(ダ IPP®)処方 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> その他（ ） 年 月 <input type="checkbox"/> その他（ ） 年 月 <input type="checkbox"/> その他（ ） 年 月 <input type="checkbox"/> その他（ ） 年 月		
	保護者① (第一連絡先)	氏 名	続柄	<input type="checkbox"/> その他（ ） 年 月 <input type="checkbox"/> その他（ ） 年 月 <input type="checkbox"/> その他（ ） 年 月		
		ふりがな		治療中の慢性疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（下欄記入）		
	電話番号（緊急時連絡先）		病名			
	<input type="checkbox"/> 個人携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）		いつも飲んでいる薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（下欄記入）			
	勤務先	TEL	薬品名			
保護者② (第二連絡先)	氏 名	続柄	食物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（下欄記入）			
	ふりがな		<input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> ゴマ <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> ゼラチン <input type="checkbox"/> 甲殻類（イカ・エビ・カニ） <input type="checkbox"/> ナッツ類（ ） <input type="checkbox"/> 果物（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	電話番号（緊急時連絡先）		*内服やエビペンの処方があればご持参ください。 *アレルギー管理票コピーがあればご提出ください。			
	<input type="checkbox"/> 個人携帯 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
	勤務先	TEL				
世帯主	<input type="checkbox"/> 保護者① <input type="checkbox"/> 保護者② <input type="checkbox"/> その他（氏名 続柄 ）					
利用料	*高岡市在住の方* 生活保護世帯もしくは市民税非課税世帯の場合は利用料が免除されます <input type="checkbox"/> 免除対象ではない <input type="checkbox"/> 免除対象である <input type="checkbox"/> わからない（初回利用時に当院から市役所へ問い合わせします）					

この登録票は、利用前もしくは利用時に提出し、年度毎に更新することとする。

※登録No： - 新規 更新