

(2022年度版)
ペコラ 登録票

登録日	年 月 日
世帯・証明書 確認	課・市非・生・ひ・ 所非・外

ふりがな						生年月日	年 月 日 (歳)
児童名	(男・女)		住所				
家族構成	(氏名)	(続柄)	(年齢)	(氏名)	(続柄)	(年齢)	
既往歴	<input type="checkbox"/> 麻疹 <input type="checkbox"/> 風疹 <input type="checkbox"/> 水痘 <input type="checkbox"/> おたふく <input type="checkbox"/> 気管支喘息および喘息様気管支炎 (<input type="checkbox"/> 治療継続中・ <input type="checkbox"/> 悪化時治療のみ) <input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 熱性けいれん (回数: 回) (最終年月日: 年 月 日) (座薬指示: <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし) (ダイアアップ使用時の主治医の指示: 熱 °C以上/ mg コ) <input type="checkbox"/> 食物アレルギー (アナフィラキシー症状: <input type="checkbox"/> あり・ <input type="checkbox"/> なし) (除去すべき食品:) ※除去食がある場合は相談の上、診断のコピーを頂くことがあります。 <input type="checkbox"/> その他 ()						
常用薬	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あり ()						
入院歴	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> あり 病名 (歳 ヶ月)						
予防 接種	B型肝炎 (1回・2回・3回)		ロタウィルス (1回・2回・3回)				
	ヒブ (1回・2回・3回・追加)		肺炎球菌 (1回・2回・3回・追加)				
	四種混合 (1回・2回・3回・追加)		BCG (接種: 未・済み)				
	MR (1回・2回)		日本脳炎 (1回・2回・追加)				
	水痘 (1回・2回)		おたふく (1回・2回)				
	インフルエンザ (1回・2回)		最終接種日 (年 月 日)				
新生児	その他 出生週数 () 出生体重 () g 出生身長 () cm 妊娠時の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 出生時の異常 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()						
食事	乳児期 (~1歳)	昼食 () 時頃 苦手なもの () ミルク <input type="checkbox"/> 母乳 <input type="checkbox"/> 人工乳 <input type="checkbox"/> 混合 回数 () /日 1回量 () ml 離乳食 <input type="checkbox"/> 初期 <input type="checkbox"/> 中期 <input type="checkbox"/> 後期 (2・3) 食					
	幼児期 (1歳~)	昼食 () 時頃 苦手なもの () 食べ方 <input type="checkbox"/> 食べさせてもらう <input type="checkbox"/> 自分で食べられる <input type="checkbox"/> 自分で食べようとするが要介助 <input type="checkbox"/> てづかみ <input type="checkbox"/> フォーク・スプーンを使える <input type="checkbox"/> 箸を使える					

排泄	オムツ	<input type="checkbox"/> 一日中 <input type="checkbox"/> 寝る時だけ <input type="checkbox"/> トレーニング <input type="checkbox"/> パンツ
	小便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらふ <input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 時々失敗する
	大便	<input type="checkbox"/> 手伝ってもらふ <input type="checkbox"/> 一人でできる <input type="checkbox"/> 時々失敗する
生活習慣 など	昼寝	<input type="checkbox"/> する <input type="checkbox"/> しない <input type="checkbox"/> 時々する 時間 (時頃～ 時頃 時間)
	好きな寝方	<input type="checkbox"/> 添い寝 <input type="checkbox"/> ひとり寝 <input type="checkbox"/> 抱っこ <input type="checkbox"/> うつ伏せ <input type="checkbox"/> 仰向け <input type="checkbox"/> 横向き <input type="checkbox"/> その他()
	好きな遊び	()
	性格 (クセ・怖がるものなど)	
保育中に心配なこと、配慮してほしいことなど		

病後・病後児保育室 ペコラ 施設利用に関する同意書

博愛社こども園 病児・病後児保育室 ペコラ 管理者 野上 千春様

1. お子さまの病状に急激な変化があった場合や、予測できない事故等で何らかの治療や処置が必要となった場合、その他、緊急な対応が必要になった場合は病児・病後児保育室から連絡いたします。いつでも連絡がとれるようにしてください。
また、保育の継続が困難と判断した場合は、途中利用であってもお迎えをお願いいたします。
2. お子さまの症状が急激に悪化した緊急時には、保護者に連絡するように早く、医療機関に搬送を行い、受診・治療処置が行われる場合があります。
3. 医療機関での受診・治療処置が行われた場合、その際に発生する医療費等は保護者負担となります。
4. 病児・病後児保育室は様々な病気のお子さまが利用しています。隔離室等の利用により感染拡大防止に最大限注意を払いますが、状況によって入室者間の感染を防げない場合もありますのでご了承ください。
5. 事前に連絡なくお迎えの時間に遅刻されたり、無断キャンセルが続きますと、以後のご利用をお断りする場合があります。
6. 利用時間は午前8:00～17:00。17:00～18:00時が延長可になっています。
(延長は30分に200円がかかります) 時間厳守でお願いします。
7. 登録及び利用申請において病児・病後児保育室が知り得た個人情報、目的以外には使用しません。尚、必要であれば医療機関には提供される場合があります。
上記の事項について理解し同意します。

年 月 日

保護者氏名 _____