

(病保様式第1号)

登録番号

-

院長	副院長	事務部長	看護部長	管理課長	庶務班長	小児科部長

受付日 年 月 日

病児保育室・病後児保育利用登録申込書

国立病院機構福岡東医療センター院長 殿

申請者

登録児童	ふりがな	H・R 年 月 日生まれ		
	氏名 男・女	愛称	才 ヶ月	
	住所			
	電話番号	携帯番号		
	兄の兄弟・姉妹 才(男・女)	才(男・女)	才(男・女)	
	所属施設名()保育園・幼稚園・小学校			
	かかりつけ医 医療機関()担当医()先生			
保護者 連絡先	氏名: ()	携帯など:		
	勤務先:	勤務先Tel:		
	氏名: ()	携帯など:		
	勤務先:	勤務先Tel:		
予防接種	四(三)種混合 未接種・受けた (第1期1回・2回・3回・追加)			
	ヒブ 未接種・受けた (第1期1回・2回・3回・追加)			
	肺炎球菌 未接種・受けた (第1期1回・2回・3回・追加)			
	BCG 未接種・受けた	ロタ 未接種・受けた(1回・2回・3回)		
	M R 未接種・受けた	ポリオ 未接種・受けた(1回・2回・3回)		
	水ぼうそう 未接種・受けた	おたふくかぜ 未接種・受けた		
	麻疹 未接種・受けた	インフルエンザ 未接種・受けた		
	風疹 未接種・受けた	コロナウイルス 未接種・受けた		
	※MRを接種した場合、麻疹、風疹は「受けた」に○ ※四種混合を接種した場合ポリオは「受けた」に○			
これまでにかかった主な感染症と病気 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 6. アトピー性皮膚炎 7. 熱性けいれん(回数: 回)(最後はいつ: 年 月 日)(座薬の指示: 有・無) 8. 喘息及び喘息性気管支炎(治療継続中・悪化時治療のみ) 9. その他*時期と病名を記入してください(例: 9ヶ月 中耳炎) ()				
治療中の病気 医療機関名()担当医師名()				
アレルギー ない・ある()				
常時服用している薬 ない・ある()				
自宅での医療行為(在宅ケア)()				
ご心配なことがあればご記入具体的に下さい				
世帯状況: 0. 生活保護世帯 1. 市町村民税非課税世帯 2. その他の世帯				

(病保様式第 7 号)

病児・病後児保育室における転倒・転落、感染及び医療行為についての同意書

1. 転倒・転落、感染について

- ・小児は危険を予知することがまだできないため、十分注意していても思いもかけない転倒・転落事故が起こる可能性があり、当病児保育室におきましても同様の危険性があります。
- ・打撲、外傷、骨折などが考えられます。また、一般的に小児は身体に対して頭が大きく、体の重心が高いためバランスを崩しやすいです。そのため、転落時には頭部を打つことが多く、頭蓋骨骨折や脳内出血などの危険性も考えられます。
- ・病児保育室では、院内感染対策に基づき感染予防には細心の注意を払っておりますが、保育室は3室で利用児童の定員は4名であり、利用者間での感染も十分考えられます。また、麻疹ワクチンの予防接種が済んでないお子様は、感染のリスクが高いためお預かりできません。

2. 医療行為について

- ・保育中に病状が急変した場合や医療介入が必要と判断された場合は、小児科医師が初期対応を行います。
- ・解熱剤を使用する必要が生じた場合や、持参した解熱剤の効果が十分でない場合は、小児科医師が処方し使用します。
- ・吸入薬を使用する必要が生じた場合、小児科医師が外来処置として指示し、看護師が用意した上で、保育室で対応します。

病児保育室をご利用いただくうえで、上記の件について理解し承諾されましたらご署名をお願いいたします。

転倒・転落、感染及び医療行為について

☐ 理解しましたので同意します。

☐ 同意できません。

年 月 日

国立病院機構福岡東医療センター院長 殿

保護者氏名： _____ (児童との関係： _____)

児童氏名： _____