

(裏面)

これまでの 病気	出産時の異常	<input type="checkbox"/> あり	詳細				
	突発性発疹	<input type="checkbox"/> 済					
	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> あり	これまでの回数	回			
		初 回	歳	か月	最 後	歳	か月
		医師の指示					
	アレルギー	<input type="checkbox"/> あり	詳細				
		症 状					
		制 限					
	病 名 ①				歳	か月	<input type="checkbox"/> 入 院
	病 名 ②				歳	か月	<input type="checkbox"/> 入 院
病 名 ③				歳	か月	<input type="checkbox"/> 入 院	
薬	常用している薬（内服薬・塗り薬・吸入薬など）があれば、具体的にお書きください。						
その他	保育室に伝えておきたいこと ※体質（薬物アレルギー等）や、心配な事、配慮してほしい事について、具体的にお書きください。						
事務局使用欄							

次の内容に同意して登録し、病児・病後児保育室を利用します。

- 1 「秋川流域病児・病後児保育事業医師連絡票」があっても、当日の児童の状態などにより利用できない場合があること。
- 2 保育中に児童の症状が急変するなどの理由により、保育の継続ができないと判断されたときは、利用の途中であっても迎えに来ること。
- 3 保育中に児童の症状が急変するなどし、医療機関の受診が必要と判断したときは、救急病院等へ搬送する場合があること。
- 4 利用児童同士の感染が起こらないよう、細心の注意を払っても、施設的特性上、感染が起こる可能性があること。
- 5 保育室の利用時間を厳守し、利用時間内に必ず迎えに来ること。

保護者氏名 _____