

**2歳以上のお子様の保護者の方へ**

**MR(麻疹・風疹)ワクチンの接種はお済みですか？**

**2歳以上のお子様で MRワクチン未接種の方は  
登録(入室)ができません。**

**ご登録の前に 以下を お読みください！**

感染力が強く治療法のない麻疹（はしか）は、少数ではありますがまだ国内での発症がみられています。しかしワクチンで予防ができる病気なので1歳を過ぎたらなるべく早く接種をしていただきたいワクチンのひとつです。

ぽけっと病児保育室では、この麻疹の施設内感染を防ぐために MR(麻疹・風疹)ワクチンの接種が終了していない 2歳以上のお子様の登録 および 入室をお断りしております。

尚、接種が済み次第、登録・利用が可能となります。

ご理解の程お願いいたします。

平成24年3月

施設長 宮田章子

**市内**

**2020年度 病児・病後児保育事業利用登録申込書**

カルテ番号

立川市長 殿 **\*ご希望の登録先に○をつけて下さい**

年 月 日記入

**(ぼけっと病児保育室・病児保育室ぱおぱお)**

**申請者名**

登 録 児 童	児 童 氏 名	愛 称	性別	生 年 月 日
			男 女	( 歳 ヶ月) *4ヶ月から小学校3年生まで登録可
	自宅住所 (〒 - ) 立川市			
	電話番号: ( )			
	通園施設名	立川市・( )市( )保育園・幼稚園・小学校		
かかりつけ医	無・有( )			

家 族 構 成 ( 同 居)	続柄	氏 名	年齢	保護者連絡先	
			歳	保護者続柄	勤務先名: (なし・求職中) 職種: 携帯電話: - -
			歳	( )	
			歳	保護者続柄	勤務先名: (なし・求職中) 職種: 携帯電話: - -
			歳	( )	
		歳		メールアドレス	有 無 @ . .

新生児期	出生時の異常 無・有( )	発育・発達	ふつう・健診や通園施設で指摘あり
------	---------------	-------	------------------

予 防 接 種	1. BCG	受けていない・受けた	2. 三種混合	受けていない・受けた( )回	3. 四種混合	受けていない・受けた( )回
	4. Hib(ヒブ)	受けていない・受けた( )回	5. 肺炎球菌	受けていない・受けた( )回		
	6. MR(麻疹・風疹混合)	受けていない・受けた( )回	7. B型肝炎	受けていない・受けた( )回		
	8. ロタ	受けていない・受けた( )回	9. ポリオ	受けていない・受けた *経口(生ワクチン):( )回 *注射(不活化ワクチン):( )回		
	10. 水ぼうそう	受けていない・受けた( )回	11. おたふくかぜ	受けていない・受けた( )回		
	12. 日本脳炎	受けていない・受けた( )回	13. その他接種したもの	( ) ( ) ( )		

か か っ た 病 気	1. 突発性発疹 2. はしか 3. 風疹 4. 水ぼうそう 5. おたふくかぜ 6. 食物アレルギー
	7. 熱性けいれん(何回 回)(最後はいつ 年 月 日)(座薬の指示有 _____℃以上・無) 8. アトピー性皮膚炎 9. 喘息および喘息様気管支炎(継続治療中・悪化時治療のみ) 10. その他 (吸入したこと 有・無 ) ( )

入院 したこと	なし・あり (病名: 歳 ヶ月)(病名: 歳 ヶ月) (病名: 歳 ヶ月)(病名: 歳 ヶ月)
------------	--

慢性的に内服している薬	なし・あり (内服薬の名前・回数)
-------------	-------------------

慢性的に使用している 軟膏・吸入薬	なし・あり (軟膏の名前・回数) (吸入薬の名前・回数)
----------------------	------------------------------

除去食	なし・あり (具体的に: ) <input type="checkbox"/> エピペン所持
-----	--

その他	体質(薬物アレルギー等) やくせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい
-----	---

**\*23時以降のキャンセル料発生について [ 承諾する・承諾しない ]** (詳細は保育室ご利用シートをお読み下さい)

**\*個人情報の取り扱いについて [ 同意する・同意しない・一部不同意 (不同意の項目: ) ]**  
個人情報を別紙「診療に於ける個人情報の利用目的」に示した目的で利用させていただきます

受付日	・ ・	処理	内容 / P / カルテ / D / 取込 /
-----	-----	----	-------------------------

さいわいこどもクリニック ぼけっと病児保育室	TEL 042-536-7333 FAX 042-536-3370	子ども診療所 病児保育室ぱおぱお	TEL 042-521-2777 FAX 042-521-2780
---------------------------	--------------------------------------	---------------------	--------------------------------------

当院は、個人情報を用いた以下の目的に利用し、その取扱いについては細心の注意を払っています。  
以下の内容を確認していただき登録用紙の 同意・同意しない・一部不同意欄に○をつけてください。  
尚、一部不同意の方については 入室時に改めて確認させていただきます。 院長

## 診療に於ける個人情報の利用目的

### 1. 写真撮影および掲載

- ・ ホームページ掲載のための写真撮影
- ・ 保育室だより（院内掲示及びメールマガジン）掲載のための写真撮影
- ・ 研究発表で使用する写真撮影

### 2. 医療提供

- ・ 当院での医療サービスの提供
- ・ 他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、行政機関、介護サービス事業者との連携
- ・ 他の医療機関等からの照会への回答（患者さんが処方箋を持参した保険調剤薬局も含む）
- ・ 患者さんの診療のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合
- ・ 検体検査業務の委託その他の業務委託
- ・ ご家族等への病状説明
- ・ その他、患者さんへの医療提供に関する利用

### 3. 診療費請求のための事務

- ・ 当院での医療・介護・公費負担医療に関する事務及びその委託
- ・ 審査支払機関へのレセプトの提出
- ・ 審査支払機関又は保険者からの照会への回答
- ・ 公費負担医療に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答
- ・ 市町村による公費（無料）の予防接種及び乳児健診に関する市町村への予診票等の提出、照会への回答
- ・ その他、医療・介護及び公費負担医療に関する診療費請求のための利用

### 4. 当院の管理運営業務

- ・ 会計・経理
- ・ 医療事故などの報告
- ・ 当該患者さんの医療サービス向上
- ・ インターネット予約システム及び自動電話予約システム運営業務に関する利用
- ・ その他、当院の管理運営業務に関する利用（Eメールによるクリニックからの各種連絡及び案内等も含む）

### 5. 企業からの委託を受けて行う健康診断等における、企業等へのその結果の通知

### 6. 医師賠償責任保険などに係る、医療に関する専門の団体、保健会社等への相談又は届出等

### 7. 医療・介護サービスや業務の維持・改善のための基礎資料

### 8. 当院内において行われる医療実習への協力

### 9. 医療の質の向上を目的とした症例研究

### 10. 外部監査機関への情報提供

■上記のうち、他の医療機関等への診療情報提供について同意しがたい事項がある場合にはその旨をお申し出下さい。

■これらのお申し出は後からいつでも変更等を行うことが可能です。

ご記入例 ※楷書で漏れのないように太枠内全ての欄にご記入ください

20XX年度 病児・病後児保育事業利用登録申込書

カルテ番号 XXXXX

立川市長 殿 \*ご希望の登録先に○をつけて下さい

20XX年 3月 15日 記入

● **ぼけっと病児保育室**・病児保育室ぱおぱお

申請者名 幸太郎

登録 児 童	児童氏名	愛称	性別	生年月日
	幸花子	はなちゃん	男(女)	20XX. 5. 5 ( / 歳 10ヶ月) *4ヶ月から小学校3年生まで登録可
●	自宅住所 (〒190-0002) 立川市 幸町1-11-13			
●	電話番号: 042(536)7333			
●	通園施設名 立川市・( )市(市川) (保育園・幼稚園・小学校)			
●	かかりつけ医 無(有) (市川)			

2020年度予定の通園先をご記入ください

家族 構 成 (同居)	続柄	氏名	年齢	保護者続柄	
	父	幸太郎	32歳	保護者続柄	勤務先名: 幸商事 (なし・求職中) 職種: 営業
	母	幸幸子	31歳	(父)	勤務先名: 携帯電話: 090-XXXX-XXXX
	兄	幸二郎	5歳	保護者続柄	勤務先名: さいわい生命 (なし・求職中) 職種: 事務
	祖母	幸さわ子	65歳	(母)	勤務先名: 携帯電話: 080-XXXX-XXXX
				メールアドレス	有無: 有 XXXX-XX@gmail.com

新生児期	出生時の異常	無(有)	予約確定もしくはキャンセル待ちのメールを送る際に必要です 携帯電話等のメールアドレスをお持ちの方は必ずご記入ください	
予防 接種	1. BCG	受けていない(受けた)	2. 三種混合	
	4. Hib(ヒブ)	受けていない(受けた) (4)回	5. 肺炎球菌	受けていない(受けた) (4)回
	6. MR(麻疹・風疹混合)	受けていない(受けた) ( / )回	7. B型肝炎	受けていない(受けた) (3)回
	8. ロタ	受けていない(受けた) (2)回	9. ポリオ	受けていない(受けた) *経口(生ワクチン): ( )回 *注射(不活化ワクチン): ( )回
	10. 水ぼうそう	受けていない(受けた) (2)回	11. おたふくかぜ	受けていない(受けた) ( / )回
	12. 日本脳炎	受けていない(受けた) ( )回	13. その他接種したもの	インフルエンザ ( ) ( )

か か つ た 病 気	1. 突発性発疹	2. はしか	3. 風疹	4. 水ぼうそう	5. おたふくかぜ	6. 食物アレルギー
	7. 熱性けいれん (何回 2回) (最後はいつ 2019年 3月 / 日) (座薬の指示 有 38℃以上・無)	8. アトピー性皮膚炎				
	9. 喘息および喘息様気管支炎 (継続治療中 悪化時治療のみ) (吸入したこと 有・無)	10. その他 ( )				

入院 した こと	なし(あり) (病名: RSウイルス / 歳 0ヶ月) (病名: 歳 ヶ月) (病名: 歳 ヶ月) (病名: 歳 ヶ月)
----------------	---

慢性的に内服している薬	なし(あり) (内服薬の名前・回数)
-------------	--------------------

慢性的に使用している 軟膏・吸入薬	なし(あり) (軟膏の名前・回数) (吸入薬の名前・回数)
----------------------	-------------------------------

除去食	なし(あり) (具体的に: 卵(ツナギ・加工品は食べられる) ) □ エピペン所持
-----	---

その他	● 体質(薬物アレルギー等) やくせなど心配なこと、配慮してほしいことについて具体的にお書き下さい なし ※こちらの欄は、何も無い場合にも必ず「なし」とご記入ください
-----	--

\* 23時以降のキャンセル料発生について [ 承諾する・承諾しない ] (詳細は保育室ご利用シートをお読み下さい)

\* 個人情報の取り扱いについて [ 同意する・同意しない・一部不同意 (不同意の項目: ) ]  
個人情報を別紙「診療に於ける個人情報の利用目的」に示した目的で利用させていただきます

● は記入漏れの多いところですので ご面倒ですが今一度ご確認ください