

(様式第7号)

※初めての利用時に提出
※1年毎に更新・修正

一時保育・病児病後児保育利用登録書

重要書類

○印をつけるか、記入して下さい。

記入日 年 月 日

フリガナ		性別	生年月日		
児童氏名		男 女	年 月 日 (歳 ヶ月)	愛称	
連絡先	＊保護者名 (続柄()) ☎携帯電 () ＊部 署 () ☎内線 ()				
緊急連絡先	＊氏 名 (続柄()) ☎電話 () ＊勤務先等 () ()				
家族構成	父 母 兄(歳) 姉(歳) 妹(歳) 弟(歳) 祖父 祖母 その他()				
●妊娠中・出生時・乳幼児の状況 ・生まれた時 体重(g) 胎在週数(週) ・出生時、異常がありましたら記入して下さい。 () ・新生児期に問題がありましたら記入して下さい。 () ・同年齢の子どもに比べて、発達・発育に違いがありましたら記入して下さい。 ()					
●既往歴 ・麻疹 ・風疹 ・おたふく風邪 ・水ぼうそう ・百日咳 ・喘息 ・中耳炎 ・アレルギー性鼻炎 ・ひきつけ ○その他大きな病気をした事がありますか？ (はい ・ いいえ) 「はい」の場合どの様な病気でしたか？ ()					
●入院歴 (あり ・ なし) ()					
●予防接種(予防接種済みの物に○をつけてください) ・BCG ・ポリオ(1回目) ポリオ(2回目) ・三種混合 (1期1回目 2回目 3回目) (1期追加) ・麻疹／風疹混合(MR)1期 ・麻疹／風疹混合(MR)2期 ・麻疹(はしか) ・風疹(三日はしか) ・日本脳炎(1期1回目 2回目) (1期追加) ・流行性耳下腺炎(おたふく) ・水痘(水ぼうそう)					
●アレルギーについて ○薬でアレルギー反応を起こしたことがありますか。 いいえ ・ はい() ○食べ物でアレルギー反応を起こしたことがありますか。 いいえ ・ はい 「はい」の方で、食事制限を受けているものがありますか。 ・卵・卵製品 ・牛乳・乳製品 ・その他()					
●何か気になる事、心配な事があれば記入して下さい。 					

(様式第2号)

誓約書

平成 年 月 日

鳥取県立中央病院
院長 様

所属

保護者 住所

氏名

印

鳥取県立中央病院院内保育所「キッズルームスマイル」へ入所するにあたり、
保育所の管理運営に関する諸規定を遵守することを誓約します。

(様式第3号)

画像等の使用に関する同意書

鳥取県立中央病院
院長 様

保育中やイベント中に貴院が撮影された私の子供の画像、動画像、音声データ（以下「画像等」という。保育園内のWEBカメラによるものも含む）について、貴院が貴院のホームページやパンフレット類に使用されることに同意いたします。

また、報道関係や運営委託会社などの第三者により取材・撮影が行なわれた場合の画像等の使用許可については、貴院に一任いたします。

ただし、使用を中止したい旨の連絡を貴院にした場合には、貴院はパンフレット類については次回改訂時に対応、それ以外については可及的速やかに対応し、以降画像等を使用されないようお願いいたします。

同意年月日 平成 年 月 日

住所

保護者氏名

印