

病児保育室 事前登録票

平成27年3月改訂版

※太枠内をご記入ください。

| | | | | | |
|------------|---|-----------------------------|--|--|---|
| 登録番号 | | 受付者 | 受付日 月 日 | 記入日:平成 年 月 日 | |
| 登録児童 | 氏名(ふりがな) () | | 愛称 | 性別 男・女 | 生年月日 平成 年 月 日生 (歳 か月) |
| | 自宅住所 (〒 -) | | | | |
| | 自宅電話番号 | | 通園・通学施設名 | | |
| | かかりつけ医 | | 医療機関名: 担当医: 先生 | | |
| | 府立医大病院診察券 | | □なし □あり→(診察券番号:) | | |
| | 保護者 | 父 | 氏名(ふりがな) () | 携帯電話番号 | |
| 所属・勤務先 | | | 勤務先電話番号 | | |
| e-mail | | | PHS番号 | | |
| 京都府立医大での職種 | | | <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> 後期専攻医 <input type="checkbox"/> 大学院生 <input type="checkbox"/> 研修員 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 研修員申請済み | | |
| 母 | | 氏名(ふりがな) () | 携帯電話番号 | | |
| | | 所属・勤務先 | 勤務先電話番号 | | |
| | | e-mail | PHS番号 | | |
| | | 京都府立医大での職種 | <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> 後期専攻医 <input type="checkbox"/> 大学院生 <input type="checkbox"/> 研修員 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 研修員申請済み | | |
| 予防接種(ワクチン) | 三種混合DPT(I期) | | <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加 | | |
| | 四種混合DPT+IPV | | <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加 | | |
| | ポリオ単独 | | <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加 | | |
| | Hib | | <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加 | | |
| | 小児用肺炎球菌 | | <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加 | | |
| | MR(麻疹・風疹) | | <input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期 | BCG | <input type="checkbox"/> 済 |
| | はしか(麻疹) | | <input type="checkbox"/> 済 | 風疹 | <input type="checkbox"/> 済 |
| | ロタウイルス | | 1価 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 | 5価 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 | |
| | 水痘 | | <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 | おたふくかぜ | <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 |
| | 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 | | | | |
| その他 | 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。 | | | | |
| | 送り迎えに自動車を使われる場合 | プレートナンバー | 車種 | | |