病児保育室　事前登録票　　　 平成28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 | | | | | | | 記入日： 平成　　　年　 月　　 日 | | | |
|  | | | 月　　　　日 | | | | | | |
| 登録児童 |  | | | | | | 愛　称 | | | | | 性　別 | | | | 生年月日 | | | |
|  | | | | | |  | | | | | 男 ・ 女 | | | | 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 |  | |  | | | | | | | | | | | 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 | | □教員　　　　 □ 後期専攻医　　　　□大学院生　　　　　　　□研修員  □看護師　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　□研修員採用通知の写し**＊** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 母 |  | |  | | | | | | | | | | | 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 | | □教員　　　　 □ 後期専攻医　　　　□大学院生　　　　　　　□研修員  □看護師　　　□ その他（　　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　□研修員採用通知の写し**＊** | | | | | | | | | | | | | | | |
| 予防接種（ワクチン） | B型肝炎 | | | □　 無　□ 1回（　 年　月　日）　 □ 2回（　 年　月　日）　 □ 3回（　 年　月　日） | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hib | | | □　 無　□ 1回（　 年　月　日）　 □ 2回（　 年　月　日）　 □ 3回（　 年　月　日）  □　追加（　 年　月　日） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 小児用肺炎球菌 | | | □ 　無　□ 1回（　 年　月　日）　 □ 2回（　 年　月　日）　 □ 3回（ 年　月　日）  □　追加（　 年　月　日） | | | | | | | | | | | | | | | |
| ロタウイルス | | | □　 無　　1価　□ 1回（　 年　月　日）　□ 2回（　 年　月　日）  または　 5価 □ 1回（　 年　月　日）　 □ 2回（　 年　月　日）　 □ 3回（　 年　月　日） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 百日咳、ジフテリア、  破傷風、ポリオ | | | 四種混合DPT-IPV　 □　無　 □ 1回（　 年　月　日） □ 2回（　 年　月　日）  □ 3回（　 年　月　日）　 □ 追加（　 年　月　日）  または　三種混合DPT　□　無　 □ 1回（　 年　月　日）　 □ 2回（　 年　月　日）  □ 3回（　 年　月　日）　 □ 追加（　 年　月　日）  　　　　　不活化ポリオ　 □　無　 □ 1回（　 年　月　日）　 □ 2回（　 年　月　日）  □ 3回（　 年　月　日）　 □ 追加（　 年　月　日）  　　　　　生ポリオ　　　　 □　無　 □ 1回（　 年　月　日）　 □ 2回（　 年　月　日） | | | | | | | | | | | | | | | |
| ＢＣＧ | | | □　無　　　　　 □済（　 年　月　日） | | | | | | | | | | | | | | | |
| はしか（麻疹）、風疹 | | | MR（麻疹・風疹）　　　　　□　無　 □ 1期（　 年　月　日）　　□ 2期（　 年　月　日）  または　はしか（麻疹）　 □　無　 □ 1期（　 年　月　日）　 □ 2期（ 　 年　月　日）  　　　　　風疹　　　　　　　 □　無　 □ 1期（　 年　月　日）　　□ 2期（　 年　月　日） | | | | | | | | | | | | | | | |
| 水　痘 | | | □　無　　　　　 □ 1回（　 年　月　日）　　　□ 2回（　 年　月　日） | | | | | | | | | | | | | | | |
| おたふくかぜ | | | □　無　　　　　 □ 1回（　 年　月　日）　　　□ 2回（　 年　月　日） | | | | | | | | | | | | | | | |
| インフルエンザ | | | 昨年　□　無　 □1回（　 年　月　日） 　 □2回（　 年　月　日） | | | | | | | | | | | | | | | |
| **＊**研修員の方は、登録時に研修員採用通知のコピーを併せて、提出してください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| これまでの病気・感染症 | 出産時の異常 | | | □ あり | | | | 詳細 | |  | | | | | | | | | |
| 突発性発疹 | | | □済 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 熱性けいれん | | | □ 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 | | | □ あり | | | | 詳細 |  | | | | | | | | | | |
| 症　状 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 制　限 | | | |  | | | | | | | | | | | |
| 病　名　① | | |  | | | | | | | | | 歳　　　　か月 | | | | | | □　入　院 |
| 病　名　② | | |  | | | | | | | | | 歳　　　　か月 | | | | | | □　入　院 |
| 病　名　③ | | |  | | | | | | | | | 歳　　　　か月 | | | | | | □　入　院 |
| 病気や体調などで気をつけてほしいことがあれば、具体的にお書きください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | 心配な事、配慮してほしい事があれば、具体的にお書きください。 | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 送り迎えに車を使われる場合 | | | | | プレートナンバー | | | | | | | | | 車種 | | | | | |