病児保育室　事前登録票　　　 令和2年4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： 令和　　　年　 月　　 日 |
|  | 月　　　　日 |
| 登録児童 | 　 | 愛　称 | 性　別 | 生年月日 |
|  |  | 男 ・ 女 | 　　　　 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（　　　　　　　　　）　　　　□研究許可書または診療従事許可書の写し**＊** |
| 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（　　　　　　　　　）　　　　□研究許可書または診療従事許可書の写し**＊** |
| 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、登録時に研究許可書または診療従事許可書のコピーを併せて、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。 |
| こがもに登録（予定含む）兄弟姉妹の有・無 有の場合：（お名前　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 送り迎えに車を使われる場合 | プレートナンバー | 車種　 |