

病児保育室 事前登録票

H26.3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			
登録児童	氏名(ふりがな)		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	氏名(ふりがな)		()	携帯電話番号		
		勤務先		勤務先電話番号			
		e-mail		PHS番号			
		京都府立医大勤務の場合の職種		<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()			
	母	氏名(ふりがな)		()	携帯電話番号		
		勤務先		勤務先電話番号			
		e-mail		PHS番号			
		京都府立医大勤務の場合の職種		<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()			
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(ポリオ)		<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				
	熱性痙攣	<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	体質(薬物アレルギー等)や、癖など心配な事、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			