

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)		□1回 □2回 □3回 □追加				
	四種混合DPT+IPV		□1回 □2回 □3回 □追加				
	ポリオ単独		□1回 □2回 □3回 □追加				
	Hib		□1回 □2回 □3回 □追加				
	小児用肺炎球菌		□1回 □2回 □3回 □追加				
	MR(麻疹・風疹)		□1期 □2期	BCG	□済		
	はしか(麻疹)		□済	風疹	□済		
	ロタウイルス		1価 □1回 □2回	5価 □1回 □2回 □3回			
	水痘		□1回 □2回	おたふくかぜ	□1回 □2回		
	これまでの病気	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			
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、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			