平成30年度病児保育事前年間登録票【継続簡易版】

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録番号 | |  | | 氏　名 |  |
| 府立医大病院診察券 □　なし　　　　　　　□ あり→（診察券番号：　　　　　　　　　 　　　） | | | | | |
| * 以下含め前年申請時と全て変更なし　（以下の記入は不要です） | | | | | |
| 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） | | |
| * 住所の変更 | | | 新住所： | | |
| * 所属の変更 | | | 新所属先：  ※府立医科大学での職員が研修員となる場合は、研究許可書または診療従事許可書の写しをご提出ください | | |
| * 通園・通学施設の変更 | | | 新通園・通学施設： | | |
| * メールアドレス | | |  | | |
| * 既往歴の追加 | | |  | | |
| * 気をつけて欲しいことの追加・変更 | | |  | | |
| * その他 | | |  | | |

　記入日：平成30年　　月　　日

　平成29年3月改訂版