

## 平成 30 年度病児保育事前年間登録票【継続簡易版】

記入日：平成 30 年    月    日

登録番号		氏名		
府立医大病院診察券 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(診察券番号:                      )				
<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回(   年 月 日)		
	Hib	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 追加(   年 月 日)		
	小児用肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 追加(   年 月 日)		
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 無   1価 <input type="checkbox"/> 1回(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回(   年 月 日)   または <input type="checkbox"/> 5価 <input type="checkbox"/> 1回(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 追加(   年 月 日)	
		または 三種混合DPT	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 追加(   年 月 日)	
		不活化ポリオ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 3回(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 追加(   年 月 日)	
		生ポリオ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回(   年 月 日)	
	BCG	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 済(   年 月 日)		
	はしか(麻疹)、風疹	MR(麻疹・風疹)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1期(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 2期(   年 月 日)	
または はしか(麻疹)風疹		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1期(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 2期(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1期(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 2期(   年 月 日)		
水痘	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回(   年 月 日)			
おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回(   年 月 日) <input type="checkbox"/> 2回(   年 月 日)			
<input type="checkbox"/> 住所の変更	新住所:			
<input type="checkbox"/> 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			
<input type="checkbox"/> 通園・通学施設の変更	新通園・通学施設:			
<input type="checkbox"/> メールアドレス				
<input type="checkbox"/> 既往歴の追加				
<input type="checkbox"/> 気をつけて欲しいことの追加・変更				
<input type="checkbox"/> その他				