

病児保育室 事前登録票

登録番号		※太枠内をご記入ください。		記入日：平成 年 月 日		
登録児童	ふりがな 氏名	愛称	性別	生年月日		受付者
			男・女	平成 年 月 日生 (歳 か月)		受付日
	自宅住所	(〒 -)				<input type="checkbox"/> E-mail
	自宅電話番号		通園・通学施設名			<input type="checkbox"/> 来室
	かかりつけ医	医療機関名：		担当医：先生		<input type="checkbox"/> FAX
	府立医大病院診察券	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(診察券番号：)				利用のしおり 発送予定
保護者	父	氏名			携帯電話番号	()月
		勤務先			勤務先電話番号	<input type="checkbox"/> 済
		e-mail			PHS番号	<input type="checkbox"/> 手渡し
		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()			<input type="checkbox"/> 備考
	母	氏名			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)	DPT・I期	<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				
	肺炎球菌	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回 <input type="checkbox"/> 3回 <input type="checkbox"/> 追加				
	BCG	<input type="checkbox"/> 済		ポリオ	<input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回	
	MR(麻疹・風疹)	<input type="checkbox"/> 1期 <input type="checkbox"/> 2期				
	はしか(麻疹)	<input type="checkbox"/> 済		風疹	<input type="checkbox"/> 済	
	水痘	<input type="checkbox"/> 済		おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 済	
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	最後	歳	
		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	<input type="checkbox"/> 入院
	病名②				歳	<input type="checkbox"/> 入院
病名③				歳	<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。					
事前面接希望の有無		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		振込依頼書送付先		<input type="checkbox"/> 府立医大勤務先 <input type="checkbox"/> 自宅
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		