

病児保育室 事前登録票

登録番号		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
				男・女	平成 年 月 日生 (歳 か月)
	通園・通学施設名			府立医大病院診察券ID	
	かかりつけ医	医療機関名:		担当医:	先生
	自宅住所	(〒 -)			
	自宅電話番号				
保護者	父	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()		
	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	