

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 | 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 ()月 | | |
| 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 | | 最終 | | 歳 | |
| | | | 医師の指示 | | | | | | | |
| | アレルギー | | <input type="checkbox"/> あり | | 詳細 | | | | | |
| | | | 症状 | | | | | | | |
| | | | 制限 | | | | | | | |
| | その他 既往歴 | | 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、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 | | | | | |