

病児保育室 事前登録票

令和2年4月改訂版

※太枠内をご記入ください。

| | | | | | |
|------------|-------------------|---|--|---------------|--|
| 登録番号 | | 受付者 | 受付日 | 記入日： 令和 年 月 日 | |
| 登録児童 | フリガナ氏名 | | 愛称 | 性別 | 生年月日 |
| | | | | 男・女 | (年 月 日生 (歳 か月) |
| | 自宅住所 | | (〒 -) | | |
| | 自宅電話番号 | | 通園・通学施設名 | | |
| | かかりつけ医 | | 医療機関名： 担当医： 先生 | | |
| | 府立医大病院診察券 | | □なし □あり→(診察券番号：) | | |
| | 保護者 | 父 | フリガナ氏名 | | |
| 所属・勤務先 | | | | | 勤務先電話番号 |
| e-mail | | | | | PHS番号 |
| 京都府立医大での職種 | | | <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> 後期専攻医 <input type="checkbox"/> 大学院生 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他() | | <input type="checkbox"/> 研修員 <input type="checkbox"/> 研究許可書または診療従事許可書の写し* |
| 母 | | フリガナ氏名 | | | 携帯電話番号 |
| | | 所属・勤務先 | | | 勤務先電話番号 |
| | | e-mail | | | PHS番号 |
| | | 京都府立医大での職種 | <input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> 後期専攻医 <input type="checkbox"/> 大学院生 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他() | | <input type="checkbox"/> 研修員 <input type="checkbox"/> 研究許可書または診療従事許可書の写し* |
| 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 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) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1期(年月日) <input type="checkbox"/> 2期(年月日) 風疹 <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) | | | |
| | インフルエンザ | 昨年 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 1回(年月日) <input type="checkbox"/> 2回(年月日) | | | |

* 研修員の方は、登録時に研究許可書または診療従事許可書のコピーを併せて、提出してください。

| | | | | | | |
|-------------------------------------|---|-----------------------------|---------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| これまでの病気・感染症 | 出産時の異常 | <input type="checkbox"/> あり | 詳細 | | | |
| | 突発性発疹 | <input type="checkbox"/> 済 | | | | |
| | 熱性けいれん | <input type="checkbox"/> あり | これまでの回数 | 回 | | |
| | | 初回 | 歳 か月 | 最後 | 歳 か月 | |
| | | 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 か月 | <input type="checkbox"/> 入院 | |
| | 病名 ② | | | 歳 か月 | <input type="checkbox"/> 入院 | |
| 病名 ③ | | | 歳 か月 | <input type="checkbox"/> 入院 | | |
| 病気や体調などで気をつけてほしいことがあれば、具体的にお書きください。 | | | | | | |
| 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。 | | | | | |
| | 心配な事、配慮してほしい事があれば、具体的にお書きください。 | | | | | |
| その他 | こがもに登録(予定含む)兄弟姉妹の有・無 有の場合:(お名前) | | | | | |
| | 送り迎えに車を使われる場合 | プレートナンバー | | 車種 | | |