

病児保育室 事前登録票

令和元年5月京都市民版

※太枠内をご記入ください。

| | | | | |
|------------|-------------------|---|----------|-------------------|
| 登録番号 | | 受付者 | 受付日 | |
| | | | 月 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 | | | | |
| 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 | | |
| 予防接種(ワクチン) | B型肝炎 | □ 無 □ 1回(年 月 日) □ 2回(年 月 日) □ 3回(年 月 日) | | |
| | Hib | □ 無 □ 1回(年 月 日) □ 2回(年 月 日) □ 3回(年 月 日) □ 追加(年 月 日) | | |
| | 小児用肺炎球菌 | □ 無 □ 1回(年 月 日) □ 2回(年 月 日) □ 3回(年 月 日) □ 追加(年 月 日) | | |
| | ロタウイルス | □ 無 1価 □ 1回(年 月 日) □ 2回(年 月 日) または 5価 □ 1回(年 月 日) □ 2回(年 月 日) □ 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 □ 無 □ 1回(年 月 日) □ 2回(年 月 日) □ 3回(年 月 日) □ 追加(年 月 日) または 三種混合DPT □ 無 □ 1回(年 月 日) □ 2回(年 月 日) □ 3回(年 月 日) □ 追加(年 月 日) 不活化ポリオ □ 無 □ 1回(年 月 日) □ 2回(年 月 日) □ 3回(年 月 日) □ 追加(年 月 日) 生ポリオ □ 無 □ 1回(年 月 日) □ 2回(年 月 日) | | |
| | BCG | □ 無 □ 済(年 月 日) | | |
| | はしか(麻疹)、風疹 | MR(麻疹・風疹) □ 無 □ 1期(年 月 日) □ 2期(年 月 日) または はしか(麻疹) □ 無 □ 1期(年 月 日) □ 2期(年 月 日) 風疹 □ 無 □ 1期(年 月 日) □ 2期(年 月 日) | | |
| | 水痘 | □ 無 □ 1回(年 月 日) □ 2回(年 月 日) | | |
| | おたふくかぜ | □ 無 □ 1回(年 月 日) □ 2回(年 月 日) | | |
| | インフルエンザ | 昨年 □ 無 □ 1回(年 月 日) □ 2回(年 月 日) | | |

| | | | | | | | | |
|-------------------------------------|---|---|---------|---|----|-----------------------------|-----------------------------|----|
| これまでの病気・感染症 | 出産時の異常 | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 詳細 | | | | | |
| | 突発性発疹 | <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未 | | | | | | |
| | 熱性けいれん | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし | 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 <input type="checkbox"/> なし | 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。 | | | | | | | |
| その他 | 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。 | | | | | | | |