

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	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		
<p>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。</p>								
薬	<p>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。</p>							
その他	<p>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。</p>							