

京都府立医科大学学内保育所 事前登録票

※太枠内をご記入ください。

登録番号			受付者	受付日	記入日	病児保育室への登録	
				月 日	令和 年 月 日	<input type="checkbox"/> 同意 <input type="checkbox"/> 同意しない	
登録児童	氏名(ふりがな)		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						
	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		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり→(診察券番号:)				
保護者	父	氏名(ふりがな)		()	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・府大での職種		<input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他医療技術職員 <input type="checkbox"/> 事務職員		<input type="checkbox"/> 専攻医・大学院生 <input type="checkbox"/> その他()	
	母	氏名(ふりがな)		()	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・府大での職種		<input type="checkbox"/> 教員 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他医療技術職員 <input type="checkbox"/> 事務職員		<input type="checkbox"/> 専攻医・大学院生 <input type="checkbox"/> その他()	
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) 不活性ポリオ <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)				
	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	
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、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。						