

登録番号

病児保育室 事前登録票

大分大学病児保育室長殿

令和 年 月 日記入

附属病院 I D		健康保険証記号番号	
ふりがな	男 女	生年月日	平成・令和
お子様の名前 (愛称:)			年 月 日生 (歳 カ月)
通園・通学施設名			
かかりつけ医名			
自宅住所	〒		
電話番号	Tel		
保護者	【父親】 氏名	(歳) 携帯Tel :	勤務先名称 : 所属部署Tel : PHS :
	大分大学勤務の方は以下該当するところに○をつけてください 勤務形態 : 正規職員・非常勤職員・大学院生・その他 () 職種 : 教員・教員以外の研究者・医員・研修医・看護師・薬剤師・医療技術職員・事務職員・ 大学院生・その他 ()		
	【母親】 氏名	(歳) 携帯Tel :	勤務先名称 : 所属部署Tel : PHS :
	大分大学勤務の方は以下該当するところに○をつけてください 勤務形態 : 正規職員・非常勤職員・大学院生・その他 () 職種 : 教員・教員以外の研究者・医員・研修医・看護師・薬剤師・医療技術職員・事務職員・ 大学院生・その他 ()		
緊急連絡先	①	氏名	続柄 連絡先名 電話番号
	②	氏名	続柄 連絡先名 電話番号
周産期	妊娠・出産時の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (早産児の場合: 在胎 週/出生体重 g) その他にあれば記入	
発達	発達の異常や心配ごと	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (首のすわり・人見知り・一人歩き・言葉などの時期)	
	栄養のこと	栄養 (母乳・混合・人工・離乳食・幼児食・一般食) 栄養の心配ごと <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	

予防接種 (※は定期接種、それ以外は任意接種)	BCG※	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種 (いつ頃)
	DPT (3種混合) ※	I 期 <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 <input type="checkbox"/> 3 回目 I 期追加 <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種
	ポリオ※	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種 (いつ頃)
	MR (麻疹風疹混合) ※	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種 (いつ頃)
	日本脳炎※	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 (いつ頃)
	水ぼうそう (水痘)	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種 (いつ頃)
	おたふくかぜ (流行性耳下腺炎)	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種 (いつ頃)
	インフルエンザ	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 (いつ頃)
	H i b ワクチン (インフルエンザ菌 b 型)	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 <input type="checkbox"/> 3 回目 <input type="checkbox"/> 4 回目 (いつ頃)
	肺炎球菌ワクチン	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1 回目 <input type="checkbox"/> 2 回目 <input type="checkbox"/> 3 回目 <input type="checkbox"/> 追加 (いつ頃)
これまでの病気	感染症	<input type="checkbox"/> ①突発性発疹 <input type="checkbox"/> ②麻疹 <input type="checkbox"/> ③風疹 <input type="checkbox"/> ④水ぼうそう <input type="checkbox"/> ⑤おたふくかぜ
	気管支喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (通院中? 具体的に)
	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (通院中? 具体的に)
	アレルギー (食品・その他)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (通院中? 具体的に)
	その他の病気・体質	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的に)
	入院の経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名) (いつ頃)
常時内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的に)	
その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (体質や癖、また病児保育室スタッフに配慮してほしいこと等)	

【更新年月日】

1. 令和 年 月 日 2. 令和 年 月 日
3. 令和 年 月 日 4. 令和 年 月 日