

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 元年 6 月 3 日記入

附属病院 I D	0000-000-0 ※本院未受診者は空白で可	健康保険証記号番号	00000000
ふりがな	おおいた はなこ	男 女	生年月日 平成・令和30年 5月3日生 (1歳 1ヵ月)
お子様の名前	大分 花子 (愛称: はなちゃん)		
通園・通学施設名	大分大学なかよし保育園		
かかりつけ医名	〇〇こども病院		
自宅住所 電話番号	〒879-5593 由布市挾間町医大ヶ丘1丁目1番地 Tel 097-549-4411		
保護者	【父親】 氏名	大分 太郎 (33歳) 携帯Tel: 000-0000-0000	勤務先名称: (有) 〇〇設備 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	大分 明子 (36歳) 携帯Tel: 000-0000-0000	勤務先名称: 大分大学医学部附属病院 所属部署Tel: 0000 PHS: なし
	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 大分 明子	続柄 母 連絡先名 大分大学医学部附属病院〇〇病棟 電話番号 内線0000
	②	氏名 大分 太郎	続柄 父 連絡先名 (有) 〇〇設備 電話番号 携帯000-0000-0000
周産期	妊娠・出産時の異常	■なし □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	■なし □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 ■なし □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 checked="" type="checkbox"/> 接種 (いつ頃 6カ月)
	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 checked="" type="checkbox"/> 3回目 I期追加 <input type="checkbox"/> 未接種 <input checked="" type="checkbox"/> 接種
	ポリオ※	<input type="checkbox"/> 未接種 <input checked="" type="checkbox"/> 接種 (いつ頃 1歳1カ月)
	MR (麻疹風疹混合)※	<input type="checkbox"/> 未接種 <input checked="" type="checkbox"/> 接種 (いつ頃 1歳)
	日本脳炎※	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 接種 (いつ頃 1歳半)
	おたふくかぜ (流行性耳下腺炎)	<input type="checkbox"/> 未接種 <input checked="" type="checkbox"/> 接種 (いつ頃 1歳※2回目未接種)
	インフルエンザ	<input checked="" type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 (いつ頃)
	Hib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 checked="" type="checkbox"/> 4回目 (いつ頃 1歳1カ月)
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 checked="" type="checkbox"/> 追加 (いつ頃 1歳1カ月)	
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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり (通院中?具体的に) 卵アレルギー (生卵のみ、加熱すれば可。附属病院小児科外来受診中)
	その他の病気・体質	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的に)
	入院の経験	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名) (いつ頃)
常時内服薬	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的に)	
その他	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" 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) 人見知りが激しいので、新しい場所・人に慣れるまでに時間がかかります。 アンパンマンが大好きです。	

【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