

男女共同参画推進センター病児保育室利用登録票

記入日

登録番号

登録児童	ふりがな 児童氏名		愛称		性別	生年月日		
					○ 男 ○ 女			
	通園・通学施設名					京大病院診察券ID		
	自宅住所							
	自宅電話番号							
保護者	父	氏名				携帯電話		
		勤務先				電話番号1		
		e-mail				電話番号2		
		勤務先が京都大学の 場合の職種	<input type="radio"/> 教員 <input type="radio"/> 教員以外の研究者 <input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> 病院職員 <input type="radio"/> 事務職員 <input type="radio"/> 学生 <input type="radio"/> 留学生 <input type="radio"/> その他()					
		学生証有効期限						
	母	氏名				携帯電話		
		勤務先				電話番号1		
		e-mail				電話番号2		
		勤務先が京都大学の 場合の職種	<input type="radio"/> 教員 <input type="radio"/> 教員以外の研究者 <input type="radio"/> 医師 <input type="radio"/> 看護師 <input type="radio"/> 病院職員 <input type="radio"/> 事務職員 <input type="radio"/> 学生 <input type="radio"/> 留学生 <input type="radio"/> その他()					
		学生証有効期限						
請求書送付先	<input type="radio"/> 父親の勤務先(学内便) <input type="radio"/> 母親の勤務先(学内便) <input type="radio"/> 自宅							
予防接種	種名	接種	年月日(例.2008/4/1)		種名	接種	年月日	
	4種混合	1回目	<input type="checkbox"/> 接種			Hib	1回目	<input type="checkbox"/> 接種
		2回目	<input type="checkbox"/> 接種				2回目	<input type="checkbox"/> 接種
		3回目	<input type="checkbox"/> 接種				3回目	<input type="checkbox"/> 接種
		4回目	<input type="checkbox"/> 接種				追加	<input type="checkbox"/> 接種
		追加	<input type="checkbox"/> 接種				肺炎球菌	1回目
	BCG	<input type="checkbox"/> 接種				2回目	<input type="checkbox"/> 接種	
	日本脳炎	1回目	<input type="checkbox"/> 接種				3回目	<input type="checkbox"/> 接種
		2回目	<input type="checkbox"/> 接種				追加	<input type="checkbox"/> 接種
		3回目	<input type="checkbox"/> 接種			B型肝炎	1回目	<input type="checkbox"/> 接種
	追加	<input type="checkbox"/> 接種				2回目	<input type="checkbox"/> 接種	
		<input type="checkbox"/> 接種				3回目	<input type="checkbox"/> 接種	
	はしか	<input type="checkbox"/> 接種				3回目	<input type="checkbox"/> 接種	
	風疹	感染	<input type="checkbox"/> 感染			ロタウイルス	1回目	<input type="checkbox"/> 接種
		<input type="checkbox"/> 接種				2回目	<input type="checkbox"/> 接種	
MR	感染	<input type="checkbox"/> 感染				3回目	<input type="checkbox"/> 接種	
	I 期	<input type="checkbox"/> 接種			おたふく	I 期	<input type="checkbox"/> 接種	
水痘	II 期	<input type="checkbox"/> 接種				II 期	<input type="checkbox"/> 接種	
	I 期	<input type="checkbox"/> 接種				感染	<input type="checkbox"/> 接種	
II 期	<input type="checkbox"/> 接種			その他の予防接種				
感染	<input type="checkbox"/> 感染							
これまでの病気	妊娠・出産時の異常	○ 有 ○ 無	詳細					
	突発性発疹	○ 有 ○ 無						
	熱性痙攣	○ 有 ○ 無	これまでの回数		回			
		初回	歳	ヶ月	最後	歳	ヶ月	
		医師の指示						
アレルギー	○ 有 ○ 無	詳細						
	症状							
制限								
既往歴	年 月	病名			<input type="checkbox"/> 入院	入院期間		
	年 月	病名			<input type="checkbox"/> 入院	入院期間		
	年 月	病名			<input type="checkbox"/> 入院	入院期間		
	年 月	病名			<input type="checkbox"/> 入院	入院期間		
薬	常時使用している薬(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(内服時間も)							

そ
の
他

体質(薬物アレルギー等)や、癖など心配な事、配慮してほしい事について具体的にお書きください。