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	◯教員 ◯教員以外の研究者 ◯医師 ◯看護師 ◯病院職員		
			◯事務職員 ◯学生 ◯留学生 ◯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	◯教員 ◯教員以外の研究者 ◯医師 ◯看護師 ◯病院職員		
			◯事務職員 ◯学生 ◯留学生 ◯その他( )		
		学生証有効期限			
	請求書送付先	◯父親の勤務先(学内便) ◯母親の勤務先(学内便) ◯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	□接種		Hib	1回目	□接種	
		2回目	□接種			2回目	□接種	
		3回目	□接種			3回目	□接種	
		4回目	□接種			追加	□接種	
		追加	□接種		肺炎球菌	1回目	□接種	
	BCG		□接種			2回目	□接種	
	日本脳炎	1回目	□接種			3回目	□接種	
		2回目	□接種			追加	□接種	
		3回目	□接種		B型肝炎	1回目	□接種	
		追加	□接種			2回目	□接種	
	はしか		□接種			3回目	□接種	
		感染	□感染		ロタウイルス	1回目	□接種	
	風疹		□接種			2回目	□接種	
		感染	□感染			3回目	□接種	
	MR	Ⅰ期	□接種		おたふく	Ⅰ期	□接種	
		Ⅱ期	□接種			Ⅱ期	□接種	
	水痘	Ⅰ期	□接種			感染	□接種	
		Ⅱ期	□接種		その他の予防接種			
		感染	□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		□入院	入院期間
	年 月	病名		□入院	入院期間
	年 月	病名		□入院	入院期間
	年 月	病名		□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。