

保護者記入

病児保育室利用児童登録票

平成 年 月 日

金沢医科大学病院病児保育室「すまいる」行き

申請者名

保 護 者	保護者氏名	続柄	勤務先名
	(歳)		
	緊急連絡先		職種
	電話 - -		勤務先電話 - -
	(歳)		勤務先名
	緊急連絡先		職種
電話 - -		勤務先電話 - -	

患者ID							
登 録 児 童	児童氏名	愛称	性別	生年月日			
	ふりがな		男・女	平成	年	月	日生
				(歳	か月)		
	住所(〒 -)	電話 - -					
	通園施設名 ()	市町村 ()	保育園・幼稚園・小学校				
	かかりつけの医師						
	医療機関名	電話 - -	担当医師名				
	既往歴(今までにかかった病気に番号と【 】の内容に○を付けてください。)						
	1 突発性発疹	12 喘息・喘息様気管支炎【薬の服用は 毎日・不調時のみ】					
	2 麻疹(はしか)	13 アトピー性皮膚炎					
	3 水痘(水ぼうそう)	14 川崎病【心臓合併症は あり・なし】					
	4 風しん(三日ばしか)	15 熱性けいれん					
	5 咽頭結膜熱(プール熱)	【初回 歳 か月、最後 歳 か月、これまで 回】					
	6 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)	【坐薬の指示は 有・なし】					
	7 百日咳	16 てんかん					
8 ヘルパンギーナ	17 食物アレルギー						
9 肺炎	【牛乳 卵 牛肉 そば 大豆 小麦 その他()】						
10 とびひ	18 その他						
11 B型肝炎(キャリアーを含む)	【具体的に: 】						
予防接種(これまでに受けた予防接種の番号と【 】の回数に○を付けてください。)							
1 三種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】	6 日本脳炎【I期 1回目・2回目・3回目・追加】						
2 ポリオ【1回目・2回目】	7 水痘(水ぼうそう)						
3 BCG	8 流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)						
4 麻疹(はしか)	9 インフルエンザ【最近受けたのは 年 月】						
5 風しん(三日ばしか)	10 その他【 】						
入院の経験(入院の経験がある場合は入院時の年齢と病名を記入してください。)							
1 ない							
2 ある	【 歳 か月、病名 】						
	【 歳 か月、病名 】						
常時内服している薬(常時内服している薬がある場合は具体的に記入してください。)							
1 ない	2 ある【具体的に: 】						
その他(薬物アレルギーなど、心配なこと、配慮してほしいことについて記入してください。)							