

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)				
	緊急連絡先			職種	
	電話	— —		勤務先電話 — —	

患者ID						児童の兄弟姉妹	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)
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 【 歳 か月】 10 熱性けいれん									
2 麻疹(はしか) 【 歳 か月】 【初回 歳 か月、最後 歳 か月、これまで 回】									
3 水痘(水ぼうそう) 【 歳 か月】 【坐薬の指示は 有・なし】									
4 風しん(三日ばしか) 【 歳 か月】 11 てんかん 【既往・治療中】									
5 流行性耳下腺炎 【 歳 か月】 12 食物アレルギー									
6 百日咳 【 歳 か月】 【牛乳 卵 牛肉 そば 大豆 小麦 その他()】									
7 喘息・喘息様気管支炎									
【薬の服用は 毎日・不調時のみ】 13 その他									
8 アトピー性皮膚炎 【具体的に: 】									
9 川崎病 【心臓合併症は あり・なし 】									
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 ヒブ 【I期 1回目・2回目・3回目・追加】 7 ロタウイルス【1回目・2回目】									
2 肺炎球菌【I期 1回目・2回目・3回目・追加】 8 水痘(水ぼうそう)									
3 四種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】 9 B型肝炎(HBV)【1回目・2回目・3回目】									
4 BCG 10 流行性耳下腺炎【 年 月 日】									
5 MR 【I期・II期】 11 インフルエンザ【最近受けたのは 年 月】									
6 日本脳炎【I期 1回目・2回目・3回目・追加】 12 その他【 】									
入院の経歴(入院の経歴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。)									