

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						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	西暦	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			
登 録 児 童	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(おたふくかぜ) 【 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】 5 MR(I期・II期)											
2 肺炎球菌【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】											
3 四種混合【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】											
三種混合【I期 1回目・2回目・3回目・追加】 8 水痘(水ぼうそう)											
ポリオ(経口・不活化)【1回目・2回目・3回目・追加】 9 インフルエンザ【最近受けたのは 年 月】											
4 BCG 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。)											