

病児・病後児保育事前登録票

香川大学医学部附属病院長 殿

香川大学医学部附属病院患者 ID _____ 登録番号 _____

令和 年 月 日記入

記入者名 _____

お子さんの名前		ふりがな()		男女	生年月日	年 月 日生 (歳 カ月)	
保護者	(医学部地区に勤務されている方のお名前をご記入ください。) 氏名 (歳) 続柄 ()					お子さんの愛称 ()	
	所属		職名		内線番号 ()		
	自宅住所(〒 -)					健康保険証記号番号	
自宅電話 - -							
きょうだい		人中		番目(他のきょうだいは? 歳(男・女) 歳(男・女))			
緊急連絡先	①	氏名:		続柄()		連絡先名()	
		電話		(自宅・勤務先・携帯電話)			
	②	氏名:		続柄()		連絡先名()	
		電話		(自宅・勤務先・携帯電話)			
保育所名		電話 ()					
かかりつけ医名		電話 ()					
周産期	妊娠中の異常		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
	出産時の異常		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(未熟児の場合(在胎 週/出生体重 g) その他にあれば記入)				
乳児期の発達	発達の異常 または心配		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(首のすわり、人見知り、一人歩き、言葉などの時期)				
	栄養のこと		栄養法(母乳・混合・人工・離乳食・幼児食・一般食) 栄養の心配事: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
予防接種	H i b		<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加				
	小児肺炎球菌		<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 追加				
	ロタウイルス		<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 済み				
	B C G		<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 済み				
	四種混合		I期 <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 <input type="checkbox"/> 4回目 I期追加 <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 済み				
	日本脳炎		I期 <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 初回1回 <input type="checkbox"/> I期追加				
感染症歴	はしか		<input type="checkbox"/> 予防接種(MRワクチンを含む) <input type="checkbox"/> 未罹患 <input type="checkbox"/> 罹患(いつ頃)				
	風しん		<input type="checkbox"/> 予防接種(MRワクチンを含む) <input type="checkbox"/> 未罹患 <input type="checkbox"/> 罹患(いつ頃)				
	水ぼうそう		<input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 未罹患 <input type="checkbox"/> 罹患(いつ頃)				
	おたふくかぜ		<input type="checkbox"/> 予防接種 <input type="checkbox"/> 未罹患 <input type="checkbox"/> 罹患(いつ頃)				
	その他の感染症		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に)				

これまでの 病気	熱性けいれん	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (初回はいつ頃? 複数回か? 予防薬は?)
	気管支喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (通院中? 具体的に)
	アトピー性 皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (通院中? 具体的に)
	反復性中耳炎 ・扁桃腺炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (通院中? 具体的に)
	その他の病気・体 質(具体的に)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的に)
	入院の経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (病名) (いつ頃)
常時 内服薬	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり (喘息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服しているお薬)	
食事 制限	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり (食事制限の指示を主治医から受けている場合は、具体的に)	
その他	<input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり (薬物アレルギー等の体質やくせなど・配慮してほしいこと)	

令和 年 月 日
香川大学医学部附属病院 病児・病後児保育室 御中
住 所
保護者氏名
貴施設に預けている上記の子どもの病状の変化に対する措置として、私及び私の代理人の者が迎えに来ることができない場合には、香川大学医学部附属病院で受診することに同意します。

【注意】初診時・再診時に紹介状がない場合には、初診時・再診療時に選定療養費を支払うことになります。