

倉敷中央病院美和保育園(一時預かり・病児保育) 事前登録票

記入日(年 月 日)

ふりがな		男 女	生年月日	年	月	日
お子さんの名前						
通園・通学施設名		倉敷中央病院 患者ID				
かかりつけ医	医院・病院				先生	
自宅住所						
自宅電話番号						
保護者	氏名		続柄()	携帯電話:		
	勤務先:		勤務先電話:			
	倉敷中央病院勤務の場合	部署:		PHS/内線		
	氏名		続柄()	携帯電話:		
	勤務先:		勤務先電話:			
	倉敷中央病院勤務の場合	部署:		PHS/内線		
緊急連絡先	①	氏名:			続柄:	
		連絡先名:			電話番号:	
	②	氏名:			続柄:	
		連絡先名:			電話番号:	
周産期	妊娠中の異常	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()				
	出世時	出生体重	g	在胎	週	
予防接種	ヒブ: <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種 (1回 2回 3回 4回)					
	四種混合: <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種 (I期 : 1回 2回 3回 I期追加)					
	肺炎球菌: <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種 (1回 2回 3回 4回)					
	B型肝炎: <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種 (1回 2回 3回)			水ぼうそう: <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種 <input type="checkbox"/> 感染済		
	MR: <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種 (1回 2回) <input type="checkbox"/> 感染済			おたふくかぜ: <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種 <input type="checkbox"/> 感染済		
	BCG: <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種			日本脳炎: <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種 (1回 2回 3回)		
	他(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				
	気管支喘息	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	アトピー性皮膚炎	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	その他の病気・体質(具体的に)					
入院の経験	年		月	病名:		
	年		月	病名:		
常時服用している薬						
その他	(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)					