

登録番号

夜間保育 事前登録票

岡山大学病院長殿

年 月 日記入

岡山大学病院患者ID		健康保険証	記号:	番号:
ふりがな		愛称	性別	生年月日
お子さまの氏名			男・女	年 月 日生(歳 ヶ月)
通園・通学施設名		かかりつけ医		
自宅住所・電話		(〒 -) 電話:		
請求書送付先		以下○をつけてください 上記自宅 ・ 自宅以外→ (〒 -)		
保護者	氏名(父)	(歳)	《勤務先》 岡山大学(津島・鹿田)地区 所属部署 その他: 携帯電話: 所属部署電話 PHS	
	岡山大学勤務の方は以下の該当するところに○をつけてください			
	勤務形態など	正規職員・非常勤職員・大学院生・研究生・留学生・学生・その他()		
	職種	医師・歯科医師・看護師・歯科衛生士・検査技師・放射線技師・ 薬剤師・療法士・栄養士・教員・事務職・研究職・その他()		
	氏名(母)	(歳)	《勤務先》 岡山大学(津島・鹿田)地区 所属部署 その他: 携帯電話: 所属部署電話 PHS	
	岡山大学勤務の方は以下の該当するところに○をつけてください			
勤務形態など	正規職員・非常勤職員・大学院生・研究生・留学生・学生・その他()			
職種	医師・歯科医師・看護師・歯科衛生士・検査技師・放射線技師・ 薬剤師・療法士・栄養士・教員・事務職・研究職・その他()			
緊急連絡先	①	氏名:	連絡先名 続柄() 電話番号	
	②	氏名:	連絡先名 続柄() 電話番号	
きょうだい		人中	番目(他のきょうだいは? 歳(男・女)	歳(男・女)
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(早産児の場合: 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 言葉など時期)		
	栄養のこと	栄養(母乳・混合・粉乳) 栄養の心配事 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		

定期 予防 接種	BCG	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種					
	四種混合 (三種混合・ポリオ)	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 I期追加: <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種					
	日本脳炎	I期: <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 I期追加: <input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 接種					
	ヒブ	<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					
	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					
	B型肝炎	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目					
	MR(麻疹・風疹混合)	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 罹患(いつ頃)					
	水痘(水ぼうそう)	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 罹患(いつ頃)					
任意 予防 接種	おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 罹患(いつ頃)					
	ロタウイルス	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目 ワクチン名()					
	その他の予防接種						
	新型コロナウイルス	<input type="checkbox"/> 未接種 <input type="checkbox"/> 1回目 <input type="checkbox"/> 2回目 <input type="checkbox"/> 3回目					
		同居されるご家族(満16歳以上)のワクチン接種日					
		(続柄)	家族①()	家族②()	家族③()	家族④()	家族⑤()
1回目		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
2回目		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
3回目	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	
16歳未満の未接種者 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
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・感染症 体質(てんかんなど具体的に)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(具体的に 例:突発性発疹)					
	入院の経験	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病名 ilt頃					
常用薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (喘息 アトピー性皮膚炎 けいれん等で常時使用している薬)						
その他	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (薬物アレルギー等の体質やくせ、発達についてなど・配慮して欲しいこと)						
保育の経歴:(例)0~2歳:〇〇こども園、3歳~現在:△△幼稚園)							
お泊りの経験:							
普段の寝方:							

* 食事制限については、毎回、**食事申込書 兼食物アレルギー届出書**にご記入ください。