

## 山形大学医学部病児保育室 事前登録申込書

平成 年 月 日記入

申請者氏名 \_\_\_\_\_ 印

登 録 児	ふりがな お子さんの名前	愛称	性別	生年月日	
			男・女	平成	年 月 日
	自宅住所 (〒 - )				
	自宅電話番号 ( )				
	自宅FAX番号 ( )				
	通園施設名		( ) 市・町 ( ) 保育園・幼稚園・小学校		
かかりつけ医		( ) 医院・病院 ( ) 科 ( ) 先生			
利用予定日		利用予定日 平成 年 月 日～平成 年 月 日			
保 護 者 ・ 緊 急 連 絡 先	氏名		続柄		携帯電話
	勤務先		所属		内線
	氏名		続柄		携帯電話
	勤務先		所属		内線
	E-mail				
保 険	保険種別	保険者番号	記号・番号	備考	
	保険種別	公費負担者番号	公費負担受給番号		
	保険種別	公費負担者番号	公費負担受給者番号		
新生児期	出生時の異常	無・有 ( )			
乳児期	発育・発達状況	ふつう・少し遅れている・わからない			
予 防 接 種	四種混合	未・済 (I期 1回・2回・3回 I期 追加)			
	B C G	未・済	B型肝炎	(1回・2回・3回)	
	肺炎球菌	(1回・2回・3回, 追加)		Hib感染症	(1回・2回・3回, 追加)
	麻疹・風疹 (MR)	未・済 ( 1回 ・ 2回 )			
	水ぼうそう	未・済	おたふくかぜ	未・済	日本脳炎 (1回・2回・3回)

	ロタウィルス	1価（1回・2回） 5価（1回・2回・3回）				
これまでの病気	突発性発疹	無・有	麻疹	無・有	風疹	無・有
	水ぼうそう	無・有	おたふくかぜ	無・有	アトピー性皮膚炎	無・有
	喘息	無・有（治療継続中・悪化時治療）		喘息様気管支炎	無・有（治療継続中・悪化時治療）	
	熱性痙攣	無・有（これまでの回数 回）				
	その他の病気	具体的に記入				
	入院歴	無・有（具体的に記入）				
常時内服している薬	無・有（薬名、内服時間など具体的に記入）					
アレルギー（食事制限）	無・有（食物アレルギーなど具体的に記入）					
その他	配慮してほしいことがあれば具体的に記入してください。					