

ますかっど病児保育ルーム 個人記録

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
お子さんの名前		男・女	年 月 日生(歳 ヲ月)
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	以下〇をつけてください 上記自宅 ・ 自宅以外→	(〒 -)	

※岡山大学勤務の方は記入して下さい

名前	続柄	勤務先	所属部署	職業	勤務時間	部署内線・PHS
		鹿田・津島				内線() PHS()
		鹿田・津島				内線() PHS()

家族構成	名前	続柄	職業	勤務先・通園・通学など	勤務時間	勤務先～病児所要時間	

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

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 言葉など時期)
	栄養のこと	食物アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() 栄養の心配事 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()

裏面につづく↓

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
	五種混合 (四種混合・ヒブ)	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()
	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 / (接種日 年 月 日)
	その他の予防接種	
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 <u>いつ頃</u>
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)	