

登録番号

ますかっと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				保険証	記号:		番号:	
ふりがな				愛称	性別	生 年 月 日		
お子さまの名前					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		氏名 続柄()						
		以下に○をつけてください 上記自宅・自宅以外		(〒 -)				
【家族構成】								
氏名 (ふりがな)	続柄	年齢	職業	勤務先・通園・通学	内線	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:						
	②	氏名: 連絡先名: 続柄() 電話:						
妊娠中の異常		☐ なし ☐ あり()						
出産時の異常		☐ なし ☐ あり(未熟児の場合:在胎 週/出生体重 g) あれば具体的に記入						
アレルギー		食物アレルギー ☐ なし ☐ あり() 薬剤アレルギー ☐ なし ☐ あり()						
常用薬		☐ なし ☐ 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等)						

