

琉球大学病院病児保育室利用登録票

記入日

登録番号

登録 児童	児童氏名（ふりがな）		愛 称		性別	生年月日	
					☐ 男 ☐ 女		
	通園(学)施設名				琉大病院診察券ID		
	自 宅 住 所						
	自宅電話番号						
保 護 者	父	氏 名				携帯電話	
		勤務先				電話番号1	
		e-mail				電話番号2	
		勤務先が琉球大学 の場合の職種	☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 医療職員（ ） ☐ 事務職員 ☐ その他（ ）				
	母	氏 名				携帯電話	
		勤務先				電話番号1	
		e-mail				電話番号2	
		勤務先が琉球大学 の場合の職種	☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ 医療職員（ ） ☐ 事務職員 ☐ その他（ ）				
予 防 接 種	種 類		接 種 状 況			備 考	
	4種混合（ジフテリア、百日せき、破傷風、ポリオ）		☐ 済	☐ 途中	☐ 未		
	MR（麻しん、風しん混合）		1 期	☐ 済	☐ 未		
			2 期	☐ 済	☐ 未		
	日本脳炎（1期）		☐ 済	☐ 途中	☐ 未		
	ヒブ（小児用肺炎球菌）		☐ 済	☐ 途中	☐ 未		
	水痘（水ぼうそう）		☐ 済	☐ 途中	☐ 未		
※ 上記の他に接種済のもの、上記混合ワクチンのうち単独接種したものがありませんでしたらご記入ください。							
こ れ ま で の 病 気	妊娠・出産時の異常	☐ 有 ☐ 無	詳 細				
	熱 性 痙 攣	☐ 有 ☐ 無	これまでの回数		回		
			初 回	歳 ヶ月	最 後	歳 ヶ月	
			医 師 の 指 示				
	アレルギー	☐ 有 ☐ 無	詳 細				
			症 状				
制 限							
突発性発疹	☐ 有 ☐ 無						
既 往 歴	病 名		年 月	☐ 入院	入院期間		
	病 名		年 月	☐ 入院	入院期間		
	病 名		年 月	☐ 入院	入院期間		
	病 名		年 月	☐ 入院	入院期間		
薬	※ 常時使用している薬（内服薬・塗り薬・吸入薬等）がある場合は、具体的にご記入ください（内服時間も記入）。						
その他	※ 体質（薬物アレルギー等）や癖等のほか、心配ごと、配慮してほしいことについて具体的にご記入ください。						

琉球大学病院 病児保育室利用申込書

年 月 日

琉球大学病院 病児保育室長 殿

保護者	所属部署等
職 名	
氏 名	

琉球大学病院病児保育室の利用について、「利用の手引き」の内容を確認・承諾のうえ、関係書類を添えて申し込みます。

保 育 児	ふりがな 氏 名	生 年 月 日	性 別	登録番号
		年 月 日	☐ 男	※保育室にて記入
			☐ 女	

【緊急時の連絡先】

順位	ふりがな 氏 名	保育児との続柄	勤務先等の名称・連絡先
1			勤務先等： 電 話： 携帯電話：
2			勤務先等： 電 話： 携帯電話：
※ 症状の悪化や急変時にあって緊急性が高いと判断した場合、保護者等の確認を待たずに(連絡が取れない場合を含む)本院救急部を受診させることについて			
☐ 同意します ☐ 同意しません			

【お迎え者】

ふりがな 氏 名	保育児との続柄	連 絡 先
		電 話： 携帯電話：

【希 望 等】

食 事	① 昼 ② おやつ 番号【 】を持参する。番号【 】を共にする。		
持 参 薬	☐ あり（具体的に ） ☐ なし		
おもちゃ類	☐ あり（内訳 ） ☐ なし		

-----以下は、病児保育室にて記入します-----

お迎え時間：	時 分頃	お迎え者
利 用 日：	年 月 日 ()	受入番号
入室時間：	時 分	
退室時間：	時 分	
利用時間：	時間 保護者確認：_____	

担当医師名 () 印)