|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| FAX送信日 |  |  |  |

　　　　　　　　　　金沢市立病院　病児保育室さくら

　　　　　　　　　　　　　　電話番号 076-245-7330

**病 児 保 育 室　　児 童 登 録 票**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 登録番号 |  | 記入日 |  | 年　　　月　　　日 |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 |  |
| 性　　別 | 男　・　女 | 生年月日 |  |
| 通所施設名 | （　 |  | ）　 | 保育所　・　幼稚園　・　小学校 |
| 住　　所 | 〒（　 |  | － |  | ） | 自宅の電話番号 |  |
|  |
| 母　　親 | 氏　　名 |  | 父　親 | 氏　　名 |  |
| 勤務先名 |  | 勤務先名 |  |
| 緊急連絡先 | 勤務先 |  | 緊急連絡先 | 勤務先 |  |
| 携　帯 |  | 携　帯 |  |
| その他 |  | その他 |  |
| (名称等) |  | (名称等) |  |

|  |
| --- |
| **【税関係情報に関する同意書】**（あて先）　金沢市長　病児保育利用料算定のために必要な税関係情報を市長が調査し、病児保育事業実施者に保育料算定に必要な情報を提供することに同意します。 |
| 氏名 |  | 印 |
| 氏名 |  | 印 |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 児童氏名 | 金沢市立病院　病児保育室さくら児童登録票裏面（２枚目）　　　 |
| かかりつけ医 | （　　　　　　　　　　　　　　　　　）病院・医院・診療所・クリニック　　　　　　（　　　　　　　　　　　）先生　　電話番号（　　　　　　　　　　　　） |
| 金沢市立病院受診歴 | □無・□有　　診察券番号（　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 福祉に関する手帳 | □無・有（□療育手帳・□身体障害者手帳 |
| 兄弟姉妹 | 　　　　　歳（□男・□女）、　　　歳（□男・□女）、　　　歳（□男・□女） |
| 周産期 | 妊娠中の異常　□無・□有（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 出産時の異常　□無・□有（具体的に　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　） |
| 出生時の体重（　　　　　　ｇ）　　在胎（　　　　　週　　　　　日） |
| 予防接種 | ヒブワクチン □未・済（□１回・□２回・□３回・□追加） | Ｂ　Ｃ　Ｇ　 □未・□済 |
| 四種混合(DPT-IPV) □未・済（□１回・□２回・□３回・□追加） | 麻疹・風疹(MR) □未・済（□１回・□２回） |
| 三種混合(DPT) □未・済（□１回・□２回・□３回・□追加） | 水痘(水ぼうそう) □未・済（□１回・□２回） |
| 肺炎球菌 □未・済（□１回・□２回・□３回・□追加） | おたふくかぜ □未・済（□１回・□２回） |
| 不活性ポリオ □未・済（□１回・□２回・□３回・□追加） | 日本脳炎 □未・済（□１回・□２回・□追加） |
| ロタウィルス □未・済（□１回・□２回・□３回） | Ｂ型肝炎 □未・済（□１回・□２回・□追加） |
| 感染症 | 水痘（みずぼうそう）　　　　　　　　　　　　歳　　　か月 | 麻疹（はしか）　　　　　　　歳　　　か月 |
| おたふくかぜ　　　　　　　　　　　　歳　　　か月 | 風　疹　　　　　　　　　　歳　　　か月 |
| その他（　　　　　　　　　　）　　　歳　　　か月 | 百日咳　　　　　　　　　　歳　　　か月 |
| これまでにかかった病気 | 熱性けいれん | □無・□有 | 初回　　　　　歳　　　か月、回数はこれまでに　　　　　回最後は　　　　歳　　　か月、座薬の指示　□無・□有（　　　） |
| ぜん息　及びぜん息様気管支炎 | □無・□有 | 治療は　□継続治療中　・□悪化時治療のみ薬は　　□飲んでいない・□毎日飲んでいる・□発作時のみ吸入は　□していない　・□している　　　・□発作時のみ |
| アトピー性皮膚炎 | □無・□有 | 治療は　□内服薬　　　・□外用薬　　　　・□食事療法 |
| 入院したこと | □無・□有 | 病名（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　歳　　　か月病名（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　歳　　　か月病名（　　　　　　　　　　　　　　　　）　　　歳　　　か月 |
| その他の病気（具体的に） |  |
| ぜん息、けいれん等で、常時内服しているお薬があれば具体的に記入してください |
|  |
| 食物アレルギー（食事制限の指示を主治医から受けている場合は、具体的に記入してください） |
|  |
| 体質（薬物アレルギー等）､くせ､心配なことや配慮して欲しいことなどありましたら､具体的に記入してください |
|  |

初入室日　　　　　年　　　月　　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ①　　　　年　　　月　　日 | ②　　　　年　　　月　　日 | ③　　　　年　　　月　　日 |
| ④　　　　年　　　月　　日 | ⑤　　　　年　　　月　　日 | ⑥　　　　年　　　月　　日 |
| ⑦　　　　年　　　月　　日 | ⑧　　　　年　　　月　　日 | ⑨　　　　年　　　月　　日 |
| ⑩　　　　年　　　月　　日 | ⑪　　　　年　　　月　　日 | ⑫　　　　年　　　月　　日 |