

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