

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			氏名			
	勤務先名			勤務先名			
	緊急連絡先	勤務先			父親	勤務先	
		携帯				携帯	
		その他 (名称等)				その他 (名称等)	

【個人情報の提供等に当たっての署名欄】

(あて先) 金沢市長

金沢市が病児保育利用料算定のために必要な世帯員の税関係情報の記録及び住民記録を閲覧し、その情報に基づき決定した病児保育利用料について、病児保育事業実施者に対して提示することに同意します。

氏名

(署名又は記名押印)

氏名

(署名又は記名押印)

児童氏名			
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	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 診察券番号 ()		
福祉に関する手帳	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 療育手帳・ <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳)		
兄弟姉妹	歳 (<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女)、 歳 (<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女)、 歳 (<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女)		
周産期	妊娠中の異常 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (具体的に)		
	出産時の異常 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 未・ <input type="checkbox"/> 済 (<input type="checkbox"/> 1回・ <input type="checkbox"/> 2回・ <input type="checkbox"/> 3回・ <input type="checkbox"/> 追加)	B C G <input type="checkbox"/> 未・ <input type="checkbox"/> 済	
	四種混合(DPT-IPV) <input type="checkbox"/> 未・ <input type="checkbox"/> 済 (<input type="checkbox"/> 1回・ <input type="checkbox"/> 2回・ <input type="checkbox"/> 3回・ <input type="checkbox"/> 追加)	麻疹・風疹(MR) <input type="checkbox"/> 未・ <input type="checkbox"/> 済 (<input type="checkbox"/> 1回・ <input type="checkbox"/> 2回)	
	三種混合(DPT) <input type="checkbox"/> 未・ <input type="checkbox"/> 済 (<input type="checkbox"/> 1回・ <input type="checkbox"/> 2回・ <input type="checkbox"/> 3回・ <input type="checkbox"/> 追加)	水痘(水ぼうそう) <input type="checkbox"/> 未・ <input type="checkbox"/> 済 (<input type="checkbox"/> 1回・ <input type="checkbox"/> 2回)	
	肺炎球菌 <input type="checkbox"/> 未・ <input type="checkbox"/> 済 (<input type="checkbox"/> 1回・ <input type="checkbox"/> 2回・ <input type="checkbox"/> 3回・ <input type="checkbox"/> 追加)	おたふくかぜ <input type="checkbox"/> 未・ <input type="checkbox"/> 済 (<input type="checkbox"/> 1回・ <input type="checkbox"/> 2回)	
	不活性ポリオ <input type="checkbox"/> 未・ <input type="checkbox"/> 済 (<input type="checkbox"/> 1回・ <input type="checkbox"/> 2回・ <input type="checkbox"/> 3回・ <input type="checkbox"/> 追加)	日本脳炎 <input type="checkbox"/> 未・ <input type="checkbox"/> 済 (<input type="checkbox"/> 1回・ <input type="checkbox"/> 2回・ <input type="checkbox"/> 追加)	
	ロタウィルス <input type="checkbox"/> 未・ <input type="checkbox"/> 済 (<input type="checkbox"/> 1回・ <input type="checkbox"/> 2回・ <input type="checkbox"/> 3回)	B型肝炎 <input type="checkbox"/> 未・ <input type="checkbox"/> 済 (<input type="checkbox"/> 1回・ <input type="checkbox"/> 2回・ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ()		
	ぜん息及びぜん息様気管支炎 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 治療は <input type="checkbox"/> 継続治療中 ・ <input type="checkbox"/> 悪化時治療のみ 薬は <input type="checkbox"/> 飲んでいない・ <input type="checkbox"/> 毎日飲んでいる・ <input type="checkbox"/> 発作時のみ 吸入は <input type="checkbox"/> していない・ <input type="checkbox"/> している ・ <input type="checkbox"/> 発作時のみ		
	アトピー性皮膚炎 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 治療は <input type="checkbox"/> 内服薬 ・ <input type="checkbox"/> 外用薬 ・ <input type="checkbox"/> 食事療法		
	入院したこと <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 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