

登録 更新日	/	/	/	/	/	/	/	/
-----------	---	---	---	---	---	---	---	---

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	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 印
(署名又は記名押印)

氏名 印
(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		
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	年 月 日生 (<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女)	年 月 日生 (<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女)	
	年 月 日生 (<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女)	年 月 日生 (<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女)	
出生	出生時の体重 (g)		在胎 (週 日)
	出生時の異常 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 (具体的に)		
予防接種	B型肝炎 (<input type="checkbox"/> 1回・ <input type="checkbox"/> 2回・ <input type="checkbox"/> 3回)	B C G (<input type="checkbox"/> 1回)	
	ロタウイルス (<input type="checkbox"/> 1回・ <input type="checkbox"/> 2回・ <input type="checkbox"/> 3回)	麻疹・風疹(MR) (<input type="checkbox"/> 1回・ <input type="checkbox"/> 2回)	
	肺炎球菌 (<input type="checkbox"/> 1回・ <input type="checkbox"/> 2回・ <input type="checkbox"/> 3回・ <input type="checkbox"/> 4回)	水痘(水ぼうそう) (<input type="checkbox"/> 1回・ <input type="checkbox"/> 2回)	
	五種混合(DPT-IPV-Hib) (<input type="checkbox"/> 1回・ <input type="checkbox"/> 2回・ <input type="checkbox"/> 3回・ <input type="checkbox"/> 4回)	おたふくかぜ (<input type="checkbox"/> 1回・ <input type="checkbox"/> 2回)	
	ヒブワクチン (<input type="checkbox"/> 1回・ <input type="checkbox"/> 2回・ <input type="checkbox"/> 3回・ <input type="checkbox"/> 4回)	日本脳炎 (<input type="checkbox"/> 1回・ <input type="checkbox"/> 2回・ <input type="checkbox"/> 3回)	
	四種混合(DPT-IPV) (<input type="checkbox"/> 1回・ <input type="checkbox"/> 2回・ <input type="checkbox"/> 3回・ <input type="checkbox"/> 4回)		
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 2回目 歳 か月 3回目 歳 か月 ダイアアップ坐薬の指示 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()		
その他の病気	病名 () 歳 か月		
	経過及び内服薬		
食物アレルギー (食事制限など具体的に記入してください)	卵 除去食 解除 年 月		
	乳 除去食 解除 年 月		
	その他 () 解除 年 月		
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