

Fax 送信日			
---------	--	--	--

病児保育室 児童登録票

登録番号		記入日 平成 年 月 日	
ふりがな			
氏名			
性別	男 ・ 女	生年月日	平成 年 月 日
通所施設名	() 保育園 ・ 幼稚園 ・ 小学校		
住所	(〒 -)		自宅の電話番号
母	氏名		
	勤務先名		
親 緊急 連絡 先	勤務先	-	
	携帯	- -	
	その他		
父	氏名		
	勤務先名		
親 緊急 連絡 先	勤務先	-	
	携帯	- -	
	その他		

【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

かかりつけの病院 () 病院・医院・クリニック() 先生 (076- -) ・大学病院の診察を受けたことがある。・・・(有・無) 診察券番号 ()	TEL
---	-----

周産期	妊娠中の異常 有・無 (具体的に)
	出産時体重 (g)
	出産は (予定通り・早かった・時間がかかった) (在胎 週)
	出産時の異常 有・無

予防接種	ヒブワクチン 未・済 (1回・2回・3回・追加)	肺炎球菌 未・済 (1回・2回・3回・追加)	
	四種混合：未・済 (1回・2回・3回・追加)		
	三種混合：未・済 (1回・2回・3回・追加) 不活化ポリオ 未・済 ((1回・2回・3回・追加)		
	BCG：未・済	麻疹・風疹 (MR) 未・済 日本脳炎 未・済 (1回・2回・追加)	
	水痘：未・済 (1回・2回)		
	おたふくかぜ (未・済)	ロタウイルス (未・済)	B型肝炎 (未・済)

感染症歴	麻疹 (はしか)	歳 ヶ月	風疹	歳 ヶ月
	水痘 (水ぼうそう)	歳 ヶ月	百日咳	歳 ヶ月
	おたふくかぜ	歳 ヶ月	その他 ()	歳 ヶ月

これまで に罹った 病気	熱性痙攣	(有・無) 初回 歳 ヶ月・回数 これまでに 回 最後は 歳 ヶ月・座薬の指示 有・無 ()
	喘息 および 喘息様気管支炎	治療を (継続治療中・悪化時治療のみ) (有・無) 薬を (飲んでいない・毎日飲んでいる・発作時のみ) 吸入を (していない・している・発作時のみ)
	アトピー性皮膚炎	(有・無) 治療は (内服薬・食事療法)
	入院したこと	(有・無) (病名 歳 ヶ月) (病名 歳 ヶ月)
	その他の病気	

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お書きください)。

体質 (薬物アレルギー等)、くせ等、心配なこと配慮して欲しい事などありましたら具体的にお書き下さい

(兄弟姉妹) 歳 (男・女) 歳 (男・女) 歳 (男・女)

初入室日 年 月 日

年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
(備考)			