

FAX送信日								

病児保育室 児童登録票

登録番号		記入日 令和 年 月 日		
ふりがな				
氏名				
性別	男・女	生年月日	平成 年 月 日 令和	
通所施設名	() 保育所・認定こども園・幼稚園・小学校・その他			
住所	〒 ()	自宅の電話番号	—	
母 親	氏名		氏名	
	勤務先名		勤務先名	
	勤務先	—	勤務先	—
	携帯	— —	携帯	— —
	その他	—	その他	—
	緊急連絡先		緊急連絡先	
父 親	氏名		氏名	
	勤務先名		勤務先名	
	勤務先	—	勤務先	—
	携帯	— —	携帯	— —
	その他	—	その他	—
	緊急連絡先		緊急連絡先	

【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

【様式2】

かかりつけの病院		() 病院・医院・診療所・クリニック			
		医師名 () 先生			
松田小児科医院受診歴		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)	
出生期	妊娠中の異常： 無 ・ 有 (具体的に)				
	出産時の異常： 無 ・ 有 (具体的に)				
	出生時体重 (g) 在胎 (週)				
	出産は (予定通り ・ 日早かった ・ 日遅かった)				
予防接種	H i b	未・済 (1・2・3・追加)		BCG	未・済
	肺炎球菌	未・済 (1・2・3・追加)		麻しん・風しん	未・済 (1・2)
	B肝	未・済 (1・2・3)		水痘	未・済 (1・2)
	ロタウィルス	未・済 (1・2・3)		日本脳炎	未・済 (1・2・追加)
	四種混合	未・済 (1・2・3・追加)		おたふく	未・済 (1・2)
	その他	ワクチン名 ()			
既往歴	麻しん (はしか)		年	月	
	風しん (三日はしか)		年	月	
	水痘		年	月	
	おたふくかぜ		年	月	
	気管支喘息		無 ・ 有		
	ぜん息 及び ぜん息様気管支炎		無 ・ 有		
			治療は (継続中 ・ 悪化時のみ)		
			薬は (飲んでない ・ 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)		
	てんかん		無 ・ 有		
	熱性けいれん		無 ・ 有 初回 歳 か月、回数はこれまでに 回 最後 歳 か月、座薬の指示 (無 ・ 有)		
	アトピー性皮膚炎		無 ・ 有 治療は (内服薬 ・ 外用薬 ・ 食事療法)		
入院歴		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)					
アレルギー	食物アレルギー		無 ・ 有⇒ (アナフィラキシー 有・無)		
	常時服用している薬				
配慮	好きなこと		嫌いなこと		
	気をつけてほしいこと				
備考					
【 入 室 日 】					
①	年	月	日 ()	⑤	年 月 日 ()
②	年	月	日 ()	⑥	年 月 日 ()
③	年	月	日 ()	⑦	年 月 日 ()
④	年	月	日 ()	⑧	年 月 日 ()
				⑨	年 月 日 ()
				⑩	年 月 日 ()
				⑪	年 月 日 ()
				⑫	年 月 日 ()