

FAX送信日			
--------	--	--	--

城北病院 病児保育室はっぴ～
電話番号：253-0561

【様式1】

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	() 保育所 ・ 幼稚園 ・ 小学校							
住所	〒 ()		自宅の電話番号	—				
母親	氏名							
	勤務先名							
	緊急連絡先	勤務先	—					
		携帯	—		—			
		その他	—					
	父親	氏名						
勤務先名								
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、病児保育事業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

カルテ番号			
かかりつけ医()		病院・医院・診療所・クリニック()先生	
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)	
兄弟姉妹	・在胎 (週 日)	・出生時体重 (g)	
		歳 (男・女)	歳 (男・女)
乳児期の発達	・首のすわり	(月)	・おすわり (月)
	・後追い	(月)	・人見知り (月)
発達	・初語(意味のある言葉)	(歳 月)	・一人歩き (月)
	・栄養法	(母乳・ミルク・混合)	
発達	・離乳食開始	前期 (月)	中期 (月) 後期 (月)
	・幼児食開始	(月)	
予防接種	BCG	未・済	麻疹・風疹(MR) 未・済 (1・2)
	ヒブ	未・済 (1・2・3・追加)	日本脳炎 未・済 (1・2・追加)
	肺炎球菌	未・済 (1・2・3・追加)	水痘 未・済 (1・2)
	四種混合(DPT-IPV)	未・済 (1・2・3・追加)	おたふくかぜ 未・済 (1・2)
	又は三種混合(DPT)	未・済 (1・2・3・追加)	ロタウイルス 未・済 (1・2・3)
不活化ポリオ/生経口ポリオ	未・済 (1・2・3・追加)	B型肝炎 未・済 (1・2・追加)	
感染症	水痘(水ぼうそう)	歳 月	麻疹(はしか) 歳 月
	おたふくかぜ	歳 月	風疹 歳 月
	突発性発疹	歳 月	その他 ()
これまでに かかった 病気	熱性痙攣	(無・有)	初回 歳 月、回数 回 最後は 歳 月、座薬の指示 無・有()
	気管支喘息	(無・有)	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)
	食物アレルギー	(無・有)	原因食物 (除去の必要性・程度) [] アナフィラキシー: 無・有 エピペン: 無・有
	アトピー性皮膚炎	(無・有)	治療は (外用薬・内服薬・食事療法)
	その他の病気 (具体的に)		
	入院したこと	(無・有)	(病名 歳 月) (病名 歳 月) (病名 歳 月)
お薬	喘息、けいれん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にお書き下さい(内服時間も)。		
その他	体質(薬物アレルギー等)、くせ等心配な事、配慮してほしい事について具体的にお書き下さい。		

乳幼児健康支援サービス事業

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