FAX送信日									

城北病院　病児保育室はっぴ～　児童登録票

<table>
<tr><td colspan="2">登録番号</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">ふりがな</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">氏　名</td><td colspan="4"></td></tr>
<tr><td colspan="2">性　別</td><td colspan="2">男　・　女</td><td>生年月日</td><td>年　　月　　日</td></tr>
<tr><td colspan="2">通所施設名称</td><td colspan="4">（　　）保育所・認定こども園・幼稚園・小学校・その他</td></tr>
<tr><td colspan="2" rowspan="2">住　所</td><td colspan="2" rowspan="2">〒　　－</td><td>自宅の電話番号</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td rowspan="6">母親</td><td colspan="2">氏　名</td><td></td><td rowspan="6">父親</td><td colspan="2">氏　名</td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">勤務先名</td><td></td><td colspan="2">勤務先名</td><td></td></tr>
<tr><td rowspan="3">緊急連絡先</td><td>勤務先</td><td></td><td rowspan="3">緊急連絡先</td><td>勤務先</td><td></td></tr>
<tr><td>携　帯</td><td></td><td>携　帯</td><td></td></tr>
<tr><td>その他</td><td></td><td>その他</td><td></td></tr>
</table>

（個人情報の提供等に当たっての署名欄）

（宛先）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）

城北病院　病児保育室はっぴ～

電話番号　253-0561

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　　）			
	・在胎（　週　日）　・出生時体重（　g）			
	・兄弟姉妹　歳（男・女）、　歳（男・女）、　歳（男・女）			
乳児期の発達	・首のすわり（　ヶ月）　・おすわり（　ヶ月）			
	・後追い（　ヶ月）　・人見知り（　ヶ月）			
	・初語（意味のある言葉）（　歳　ヶ月）　・一人歩き（　ヶ月）			
	・栄養法（母乳・ミルク・混合）			
	・離乳食開始　前期（　ヶ月）　中期（　ヶ月）　後期（　ヶ月）			
	・幼児食開始（　ヶ月）			
予防接種	ヒブ（Hib インフルエンザ菌b型）	未・済（1・2・3・追加）	麻疹・風疹（MR）	未・済（1・2）
	肺炎球菌	未・済（1・2・3・追加）	水痘	未・済（1・2）
	B型肝炎	未・済（1・2・3）	おたふくかぜ	未・済（1・2）
	ロタウイルス	未・済（1・2，・3）	日本脳炎	未・済（1・2・追加）
	四種混合（DPT-IPV）	未・済（1・2・3・追加）	その他	
	BCG	未・済		
感染症	水痘（水ぼうそう）	歳　ヶ月	突発性発疹	歳　ヶ月
	おたふくかぜ	歳　ヶ月	その他	（　　）
これまでにかかった病気	熱性痙攣	（無・有）	初回　歳　ヶ月、回数　これまでに　回 最後は　歳　ヶ月、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　ｴﾋﾟﾍﾟﾝ：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　ヶ月） （病名　歳　ヶ月） （病名　歳　ヶ月）		
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。			

乳幼児健康支援デイサービス事業

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
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