

FAX送信日			
--------	--	--	--

石川県立中央病院 病児保育室ひよこ  
電話番号：238-7868

### 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 令和	年	月	日			
通所施設名	( ) 保育所 ・ こども園 ・ 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	—			緊急連絡先	勤務先	—	
		携帯	—	—	携帯		—	—	
		その他	—				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

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		
常時服用している薬	無・有 ( )	アレルギー	無・有 ( )
入院歴	病名		歳 カ月
	無・有		
好きなこと、もの		嫌いなこと、もの	
出生期・乳幼児の発達	●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)		
	●発達に関し、現在気になること。あるいは、気をつけてほしいこと等。 (具体的に )		
	●首のすわり ( か月)		●おすわり ( か月)
	●一人歩き ( 歳 か月)		●人見知り ( か月)
	●母親の後追い ( か月)		●初語 (意味のある言葉) ( 歳 か月)
	●栄養法 ( 母乳 ・ ミルク ・ 混合 )		
	●離乳食開始時期 (前期 か月) ・ (中期 か月) ・ (後期 か月)		
	●幼児食開始時期 ( か月)		
予 防 接 種	ワクチン	標準的な時期	接種 (○で囲んで下さい)
	インフルエンザ菌b型 (H i b)	2ヶ月～1才6ヶ月頃	1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加
	小児用肺炎球菌	2ヶ月～1才3ヶ月	1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加
	四種混合 ( 三種混合 ポリオ )	3ヶ月～1才6ヶ月	1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加
	BCG	5ヶ月～8ヶ月未満	1
	麻疹・風しん (MR)	1才～6才	1 ・ 2 (※5才～)
	水痘	1才～	1 ・ 2
	日本脳炎	3才・4才・9才	1 ・ 2 ・ 追加
	B型肝炎	2ヶ月～8ヶ月	1 ・ 2 ・ 3
	ロタウイルス	2ヶ月～	1 ・ 2 ・ 3
	おたふくかぜ	1才～	1 ・ 2
その他 ( )			
か か っ た こ と が あ る 病 気	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	
	突発疹	年 月	
	アトピー性皮膚炎	年 月	
	その他 ( )	年 月	
そ の 他	気管支喘息		
	てんかん		
	熱性けいれん		
備 考	●その他気をつけてほしい事等		