

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	年	月	日
ふりがな							
氏名							
性別	男・女	生年月日	年 月 日				
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						
	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	—				

**(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)

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 ☎ ( )		
石川県立中央病院 受診歴	無・有 診察券番号 (ID) ( )		
常時服用している薬	無・有 病名 薬品名	アレルギー	無・有 ( )
入院歴	無・有 病名 歳 カ月		
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) 在胎 ( 週 日)		
	●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 ( カ月) ●おすわり ( カ月) ●一人歩き ( 歳 カ月)		
	●人見知り ( カ月)		
	●栄養法 ( 母乳 ・ ミルク ・ 混合 )		
	●離乳食開始時期 ( カ月) ●幼児食開始時期 ( 歳 カ月)		
予防接種	ワクチン	対象年齢	接種 (○で囲んでください)
	インフルエンザ菌b型 (Hi b)	2カ月～5才未満	1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加
	小児用肺炎球菌	2カ月～5才未満	1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加
	四種混合	3カ月～7才6カ月	1 ・ 2 ・ 3 ・ 追加
	BCG	5カ月～1才未満	1
	麻しん・風しん (MR)	1期1才～2才未満/2期年長 (3/31まで)	1 ・ 2
	水痘	1才～3才未満	1 ・ 2
	日本脳炎	3才・4才・9才	1 ・ 2 ・ 追加
	B型肝炎	2カ月～1才未満	1 ・ 2 ・ 3
	ロタウイルス	2カ月～	1 ・ 2 ・ 3
おたふくかぜ	1才～	1 ・ 2	
その他 ( )			
これまでにかかった病気	おたふくかぜ	歳 カ月	麻しん (はしか) 歳 カ月
	水痘 (みずぼうそう)	歳 カ月	風しん (三日ばしか) 歳 カ月
	突発疹	歳 カ月	
	アトピー性皮膚炎	無 ・ 有	治療は <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> その他 ( )
	気管支喘息	無 ・ 有	<input type="checkbox"/> 継続治療中 ( <input type="checkbox"/> 内服薬 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 悪化時に治療
	てんかん	無 ・ 有	初回 歳 カ月 最後は 歳 カ月 座薬の指示 無 ・ 有 ( )
	熱性けいれん	無 ・ 有	初回 歳 カ月 最後は 歳 カ月 座薬の指示 無 ・ 有 ( )
	その他		
備考	●その他気をつけてほしい事等		