

加賀市医療センター 病児・病後児保育室利用登録票

新	再

令和 年 月 日記入 記入者名

登録児童	利用者氏名(ふりがな)		愛称	性別	生年月日	
				男・女	年 月 日 (歳 ヲ月)	
	自宅住所(〒 -)			保護者に 監護・養育 されている 児童のうち 該当するも のに○を付 けてくださ い。	第1子 ・ 第2子 第3子以降	
	自宅電話番号 () -					
	通園施設名		()市町村() 保育園・幼稚園・小学校			
かかりつけ医		() 病院・医院・診療所・クリニック				
保護者・緊急連絡先	① 続柄	氏名		勤務先名		
		(歳)				
	緊急連絡先		職種			
	() -		勤務先電話 () -			
② 続柄	氏名		勤務先名			
	(歳)					
緊急連絡先		職種				
() -		勤務先電話 () -				
予防接種	ヒブ(Hib) (1期・2期・3期・追加)		水痘(水ぼうそう) (1期・2期)			
	小児肺炎球菌 (1期・2期・3期・追加)		日本脳炎 (1期 / 1回・2回・追加・2期)			
	B型肝炎 (1期・2期・3期)		ロタウイルス (1回 2回 3回)			
	四種混合 (1期・2期・3期・追加)		おたふくかぜ (1期・2期)			
	BCG 未 済		コロナウイルス (1回 2回 3回)			
	MR [麻疹・風疹] (1期・2期)					
感染症歴	麻疹(はしか) 歳 ヲ月		風疹 歳 ヲ月			
	水痘(水ぼうそう) 歳 ヲ月		百日咳 歳 ヲ月			
	おたふくかぜ 歳 ヲ月		その他()			

◆保育料等の減免措置の可否判断のため、加賀市が保有する住民記録情報及び住民税課税状況等に必要の個人情報について、加賀市職員が照会することに同意しますか。

はい ・ いいえ

※減免措置の対象であっても、同意のない場合は料金を徴収いたします。

2枚目もご記入ください。

これまでにかかった病気	熱性痙攣	有・無	回数： これまでに _____ 回
			初回： _____ 歳 _____ 月 / 最終： _____ 歳 _____ 月
			※発熱時はけいれん予防の坐薬を使用していますか けいれん予防薬指示 : 有 (_____ °Cで使用) ・ 無 2回目けいれん予防薬指示 : 有 (_____ 時間後) ・ 無
	その他の病気 (具体的に)		
	入院したこと	有・無 (病名 _____ 歳 _____ 月) (病名 _____ 歳 _____ 月) (病名 _____ 歳 _____ 月)	
常時内服薬	いつも飲んでいるお薬があれば具体的にご記入ください。		
	喘息・てんかんなど、発作時に飲んでいるお薬があれば具体的にご記入ください。		
アレルギーについて	アレルギー (有・無) ありの場合、除去してほしい食品名を具体的にご記入ください。 (_____)		
	アレルギーでの発作時に使用しているお薬について、ご記入ください。 緊急時に備えた処方薬 (有・無) 有の場合 <input type="checkbox"/> 内服薬 (薬品名: _____) <input type="checkbox"/> 内服薬 (薬品名: _____) ※薬や食品などで重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか 原因となったもの(_____)(最終: _____ 年 _____ 月頃 / 症状: _____)		
食品について	食べたことのない食品 (有・無) 食べたことのない食品の□の中を塗りつぶして下さい。 ※当院では、下記の食品を共通の製造ラインで調理しています。 <input type="checkbox"/> 卵 <input type="checkbox"/> 牛乳 <input type="checkbox"/> 小麦 <input type="checkbox"/> そば <input type="checkbox"/> 大豆 <input type="checkbox"/> ピーナッツ <input type="checkbox"/> えび <input type="checkbox"/> かに <input type="checkbox"/> いか <input type="checkbox"/> 貝 <input type="checkbox"/> 青魚 <input type="checkbox"/> 鮭 <input type="checkbox"/> 牛肉 <input type="checkbox"/> 豚肉 <input type="checkbox"/> 鶏肉 <input type="checkbox"/> くるみ <input type="checkbox"/> ごま <input type="checkbox"/> やまいも <input type="checkbox"/> もも <input type="checkbox"/> りんご <input type="checkbox"/> バナナ <input type="checkbox"/> オレンジ <input type="checkbox"/> キウイフルーツ <input type="checkbox"/> ゼラチン <input type="checkbox"/> その他(_____)		
おやつについて	おやつに提供することがあります(該当するものに○をつけてください) <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; display: inline-block;"> <ul style="list-style-type: none"> <li style="width: 50%;">・米菓<input type="checkbox"/> <li style="width: 50%;">たべられる ・ たべられない <li style="width: 50%;">・果汁を使用したもの <li style="width: 50%;">たべられる ・ たべられない <li style="width: 50%;">・リンゴジュース <li style="width: 50%;">飲める ・ 飲めない <li style="width: 50%;">・牛乳<input type="checkbox"/> <li style="width: 50%;">飲める ・ 飲めない </div>		
	その他心配な事、配慮してほしい事などありましたら具体的にご記入ください。		

1枚目もご記入ください。

加賀市医療センター病児・病後児保育室「かもっ子」

TEL (0761)76-5179 (直通) (0761)72-1188 (代表)