

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 ヶ月)	
	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 (歳)	勤務先名		
		緊急連絡先 () -	職種	勤務先電話 () -	
	② 続柄 ()	氏名 (歳)	勤務先名		
		緊急連絡先 () -	職種	勤務先電話 () -	
予防接種	四種混合 (ジフテリア・百日せき 破傷風・ポリオ)	済	未	インフルエンザ菌b型(Hib)	済
	MR (麻疹・風疹)	済	未	ロタウイルス	済
	水痘(水ぼうそう)	歳 ヶ月	済	未	済
	おたふくかぜ	歳 ヶ月	済	未	済
			済	未	済
感染症歴	麻疹(はしか)	歳 ヶ月	風疹		歳 ヶ月
	水痘(水ぼうそう)	歳 ヶ月	百日咳		歳 ヶ月
	おたふくかぜ	歳 ヶ月	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な個人情報について、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。
裏面も記入してください。

(裏面)

加賀市医療センター保育室「かもっ子」

これまでにかかった病気	熱性痙攣 (有・無)	初回 歳 ヶ月 / 最後は 歳 ヶ月 回数 : これまでに _____ 回 坐薬の指示 : 無・有 (_____ °Cで使用)												
	その他の病気 (具体的に)													
	入院したこと	(有・無) (病名 歳 ヶ月) (病名 歳 ヶ月) (病名 歳 ヶ月)												
常時服している薬	いつも飲んでいるお薬があれば具体的にお書きください。													
	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お書きください。													
食物アレルギーについて	アレルギー (有・無) 有りの場合、除去してほしい食品名を具体的にお書きください。 (_____)													
	アレルギー食品での発作時に使用しているお薬について、お書きください。 緊急時に備えた処方薬 あり ・ なし ありの場合 <input type="checkbox"/> 自己注射薬 エピペン® (0.15mg・0.3mg) <input type="checkbox"/> 内服薬 (薬品名: _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)													
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にチェック✓をしてください。 ※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"/> 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"/> 大豆 <input type="checkbox"/> くるみ <input type="checkbox"/> ごま <input type="checkbox"/> やまいも <input type="checkbox"/> ゼラチン <input type="checkbox"/> オレンジ <input type="checkbox"/> キウイフルーツ <input type="checkbox"/> バナナ <input type="checkbox"/> もも <input type="checkbox"/> りんご <input type="checkbox"/> その他 (_____)													
<div style="border: 1px solid black; border-radius: 20px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p>おやつに提供することがあります (当てはまるほうに○をつけてください)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">・米菓</td> <td style="width: 20%;">たべられる</td> <td style="width: 30%;">・たべられない</td> </tr> <tr> <td>・果汁を使用したもの</td> <td>たべられる</td> <td>・たべられない</td> </tr> <tr> <td>・リンゴジュース</td> <td>飲める</td> <td>・飲めない</td> </tr> <tr> <td>・牛乳</td> <td>飲める</td> <td>・飲めない</td> </tr> </table> </div>			・米菓	たべられる	・たべられない	・果汁を使用したもの	たべられる	・たべられない	・リンゴジュース	飲める	・飲めない	・牛乳	飲める	・飲めない
・米菓	たべられる	・たべられない												
・果汁を使用したもの	たべられる	・たべられない												
・リンゴジュース	飲める	・飲めない												
・牛乳	飲める	・飲めない												
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お書きください。														

表面も記入してください。

加賀市医療センター保育室「かもっ子」

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