

カルテNo()

登録番号()

みどりキッズ(病児保育室)児童表

交付日 令和 年 月 日 記入者名

ふりがな 氏名	男 女	愛称	生年月日 年 月 日
住所	(〒 -)		
通園・通学先			かかりつけ医
保護者	氏名	続柄()	氏名 続柄()
	携帯電話		携帯電話
	勤務先名称		勤務先名称
	勤務先電話		勤務先電話
	職業		職業
兄弟	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女) 歳(男・女)
周産期	出下児体重 g 妊娠・出産時の異常 なし・あり()		
感染症歴	感染したことある病名に○で囲んでください。 麻疹 風疹 流行性耳下腺炎(おたふく) 水痘(水ぼうそう) 百日咳 川崎病 突発性発疹		
病歴	アレルギー(食物以外): なし・あり() 熱性けいれん: なし・あり(初回 歳 カ月)(最後 歳 カ月) 気管支喘息: なし・あり アトピー性皮膚炎: なし・あり(治療は内服薬・食事療法) 脱臼: なし・あり(部位) 入院したこと: なし・あり() その他の病気()		

食事	食物アレルギー: なし・あり()
	食事制限の指示をかかりつけ医から受けている場合は具体的に記入してください
	嫌いな食べもの() 好きな食べもの()
薬	常時内服している薬があれば記入してください
生活習慣	好きなあそび・キャラクター ()
	集団生活において配慮すべきところがあれば記入してください
減免制度	該当する減免があれば○で囲んでください。(広島市在住の方のみ) ①生保受給者証 ②市民税免除(市民税・県民税課税台帳記載事項証明書) ③所得税免除(所得税源泉徴収票または確定申告書の控え) ④里親 ※病児保育室利用時に必ず証明書を持参してください
その他	何かあれば記入してください
	※食物アレルギーのある方は、昼食・おやつのご持参をお願いします ※持ち物には必ず記名をお願いします ※小型ゲーム機の持参はご遠慮ください(Switchなど)