病児・病後児保育事業（病児対応型）登録申請書

登録番号（No.　　）

お子様の名前	ふりがな：	男	生年月日：西暦　年　月　日 平成　令和　年
		女	年齢：　歳　ヵ月
住所	小郡市		
在　園 （在学）先	保育所（園）・幼稚園・小学校		
保護者	保護者氏名	続柄	緊急連絡先(職場等)
	ふりがな：		連絡先：
	携帯電話：　－　－		TEL：
	ふりがな：		連絡先：
	携帯電話：　－　－		TEL：
既往歴 （※番号に○をつけて下さい）	1.突発性発疹　2.麻しん（はしか）　3.水痘（水ぼうそう） 4.風疹（三日はしか）　5.おたふくかぜ　6.百日咳 7.ぜんそく　8.熱性けいれん　9.その他（　）		
アレルギー	食物　有・無　（具体的に：　）		
	薬物　有・無　（具体的に：　）		
薬の服用	・何の薬が飲めますか？ 水くすり　粉くすり　錠剤　カプセル ・坐薬を使ったことがありますか？ 無・有→（解熱剤・咳止め・けいれん止め・吐き気止め）		
予防接種 （※接種済みに○をつけて下さい）	ポリオ　三種混合（　期　回まで）　MR（1期・2期）　B型肝炎　ヒブ 四種混合（　期　回まで） 水痘　おたふくかぜ　BCG　日本脳炎　ロタウイルス 小児用肺炎球菌　その他（　）		
かかりつけの病院	①小児科・内科		
	②外科		
	③耳鼻科		
搬送先 （※番号に○をつけて下さい）	※緊急時に救急車で搬送を希望する病院名をご記入下さい。 1.　病院名：　TEL： 2.　まどかファミリークリニックの医師に任せる。		
お預かり中の注意事項等	（お子様の様子で気になること等がありましたら、ご記入下さい。）		

小郡市長殿

上記のとおり、病児・病後児保育事業（病児対応型）の登録をお願い致します。
なお、利用期間中は、施設の指示に従います。

令和　年　月　日　　保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿

まどかチャイルドケアセンター　様