

平成 年度病児・病後児保育事業（病児対応型）登録申請書（未就学児用）

様式第一号

小郡市長殿

病児・病後児保育事業（病児対応型）の登録をお願いします。

平成 年 月 日 保護者名

印

受付第 号

H28・4月改定

ふりがな 児童名	平成 年 月 日生 才 愛称 ()
住所：小郡市	
保護者名 (続柄) Tel () -	
緊急連絡先 ① Tel ② Tel	
就園先 保育園 幼稚園	
かかりつけの病院	
①小児科 小児科	④皮膚科 皮膚科
②外科 外科	⑤耳鼻科 耳鼻科
③眼科 眼科	⑥整形外科 整形外科
⑦歯科 歯科	その他
妊娠中の経過	分娩 出生時週数・体重
正常	正常 週 g
異常	異常 早産(週) 出生時異常(有・無)
既往症	突発性発疹 水痘 百日咳 おたふくかぜ 麻疹 風疹 ひきつけ(熱性けいれん・無熱性けいれん) ・病名： 通院していない 通院中である ・病院名： ・治療期間： ・現在服用中の薬：
	ポリオ 三種混合 (期 回まで) 四種混合 (期 回まで) アレルギ- (有・無) アトピー性皮膚炎 喘息 風疹・麻疹(1期・2期) ヒブ 肺炎球菌 ロタ アレルギー性鼻炎 花粉症 水痘(1回・2回) おたふくかぜ(1回・2回) BCG 食物 () 日本脳炎(期 回まで) B型肝炎(1回・2回) 薬物 ()

薬の 使 用	・何の薬が飲めますか？ 水薬・粉薬・錠剤・カプセル ・坐薬を使ったことがありますか？ ない・ある → 解熱剤・咳止め・痙攣止め・吐き気止め		
	睡眠	・睡眠時間 (~) ・午睡時間 (~) ・寝るときの姿勢・特徴：あおむけ・うつぶせ・その他() ・寝つき：良い・悪い・くせ()	
食 事	・母乳・人工乳・混合乳(1回 ml × 1日 回) ・離乳食(中・後) × 1日 回 ・普通 ・おやつ(1日 回)		
排 泄	・尿 → オムツ・トレーニング中・自立(1日 回) ・便 → オムツ・トレーニング中・自立(1日 回) ・その他()		
そ の 他	・性格() ・家庭で主に育児をする人() ・衣服の着脱：できる・できない ・くせ()	・好きな遊び・玩具等	
家 族 構 成	名 前	続柄	年齢
	* 要望・気をつける事など		
[看護師記載]			
[保育士記載]			