

平成 年度病児・病後児保育事業（病児対応型）登録申請書（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
就学先	小学校 年生
病名	
かかりつけの病院	
①小児科	小児科 ④皮膚科 皮膚科 ⑦歯科 歯科
②外科	外科 ⑤耳鼻科 耳鼻科 その他
③眼科	眼科 ⑥整形外科 整形外科
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：
予防接種	ポリオ 三種混合（ 期 回まで） アレルギー（有・無） 四種混合（ 期 回まで） 風疹・麻疹（1期・2期） 肺炎球菌 ヒブ BCG アトピー性皮膚炎 喘息 水痘（1回・2回） おたふくかぜ（1回・2回） ロタ アレルギー性鼻炎 花粉症 食物（ ） B型肝炎（ 回） 日本脳炎（ 期 回まで） 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（ ~ ） ・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	・普通 ・おやつ（ 1日 回 ）		
その他	・性格（ ） ・好きな遊び（ ） ・家庭で主に育児をする人（ ） ・好きな玩具（ ）		
家族構成	名前	続柄	年齢
* 要望・気をつける事など			
[保育士記載]			
[看護師記載]			