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：　年　月　日
		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。

平成　年　月　日　保護者名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

まどかチャイルドケアセンター　様