

# 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）

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。

年 月 日 保護者名

印

受付第 号

2023・4月改定

|                       |   |           |               |
|-----------------------|---|-----------|---------------|
| ふりがな<br>児童名           | 年 月 日 生 才   | 愛称 ( )    |               |
| 住所：福岡県                |   |           |               |
| 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 )<br>・病名 :<br>通院していない 通院中である<br>・病院名 :<br>・治療期間 : ~<br>・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 )  |           |               |
|                       | アトピー性皮膚炎 喘息   |           |               |
|                       | アレルギー性鼻炎 花粉症  |           |               |
|                       | 食物 ( )  |           |               |
|                       | 水痘(1回・2回) 日本脳炎( 期 回まで)  |           | 薬物 ( )        |

|                  |   |    |    |  |
|------------------|---|----|----|--|
| 薬<br>の<br>使<br>用 | ・何の薬が飲めますか？<br>水薬 ・ 粉薬 ・ 錠剤 ・ カプセル                            |    |    |  |
|                  | ・坐薬を使ったことがありますか？<br>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( )<br>・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( )<br>・家庭で主に育児をする人( )<br>・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 ]        |   |    |    |  |