

# 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）

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                      | 年 月 日生                      | 才            |      |
| 児童名                       | 愛称（ ）                       |              |      |
| 住所：福岡県                    |                             |              |      |
| 保護者名                      | （ 続柄 ） TEL（ ） -             |              |      |
| 緊急連絡先                     | TEL                         |              |      |
| 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：<br>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                      | 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  |      |
|                           | ロタ ヒブ 肺炎球菌 B型肝炎(1回・2回・3回)   | アレルギー性鼻炎 花粉症 |      |
|                           | BCG 水痘(1回・2回) おたふくかぜ(1回・2回) | 食物（ ）        |      |
| 風疹・麻疹(1期・2期) 日本脳炎( 期 回まで) | 薬物（ ）                       |              |      |

|               |  |    |            |
|---------------|--|----|------------|
| 薬の使用          | ・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（ ~ ）                                     |    |            |
|               | ・午睡時間（ ~ ）                                     |    |            |
| 眠             | ・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（ ）   |    | ・好きな遊び・玩具等 |
| その他           | ・家庭で主に育児をする人（ ）                                |    |            |
|               | ・衣服の着脱：できる・できない                                |    |            |
| 家族構成          | ・くせ（ ）   |    |            |
|               | 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]       |  |    |            |