

病児・病後児保育事業（病児対応型）登録申請書

まどかチャイルドケアセンター

登録番号 (No.)

お子様の 名前	ふりがな：.....	男	生年月日：西暦 年 月 日 平成 令和 年
		女	年齢： 歳 カ月
住所			
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 <small>(※番号に○をつけて下さい)</small>	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・けいれん止め・吐き気止め		
予防接種 <small>(※接種済みに○をつけて下さい)</small>	インフルエンザ菌b型(Hib)(1, 2, 3, 追加) 小児肺炎球菌(1, 2, 3, 追加) B型肝炎(1, 2, 3) 四種混合(1, 2, 3, 追加) BCG 麻しん風疹(1, 2) 水痘(1, 2) 日本脳炎 ロタウイルス おたふくかぜ 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 <small>(※番号に○をつけて下さい)</small>	※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	<small>(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。)</small>		

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。

令和 年 月 日 保護者名 _____