

# 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. \_\_\_\_\_)

<b>お子様の 名前</b>	ふりがな：.....	男	生年月日：西暦 年 月 日 平成 令和 年
		女	年齢： 歳 ヵ月
<b>住所</b>			
<b>在園 (在学)先</b>	保育所(園)・幼稚園・小学校		
<b>保護者</b>	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：
<b>既往歴</b> <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.その他( )		
<b>熱性けいれん</b>	なし・あり	初回 歳 ヵ月 これまでに 回 最後は 歳 ヵ月	
		けいれん止めの処方 なし・あり	
	<input type="checkbox"/> 24時間以内に複数回のけいれん <input type="checkbox"/> 非対称(片側だけ)のけいれん <input type="checkbox"/> 30分以上続くけいれん	入院歴	
	家族歴		
<b>アレルギー</b>	食物：なし・あり	具体的に：	※アナフィラキシー なし・あり
	薬物：なし・あり	具体的に：	※抗アレルギー薬処方 なし・あり
<b>予防接種</b> <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)      四種混合(1, 2, 3, 追加) 五種混合(1, 2, 3, 追加)      小児肺炎球菌(1, 2, 3, 追加)      B型肝炎(1, 2, 3) BCG      水痘(1, 2)      日本脳炎      ロタウイルス      おたふくかぜ 麻しん風しん(1, 2)      その他( )		
<b>かかりつけの 病院</b>	①小児科・内科		
	②外科		
	③耳鼻科		
<b>搬送先</b> <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。		
<b>お預かり中の 注意事項等</b>	<small>(お子様の発達や性格、生まれつきの病気や入院歴等で心配なこと、配慮が必要な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 \_\_\_\_\_