

練馬区病児・病後児保育事業利用登録 (申請) 書

(施設記入欄 登録日: 年 月 日 登録番号 )

ふりがな 氏 名	男 女	年 月 日生 歳 か月	お子さんの愛称
住所 (〒 )			
保護者等氏名 ※連絡先順位 で記入	1	ふりがな 氏 名 (続柄 )	年齢: 歳
	電話番号: 職業: 勤務先:		
	2	ふりがな 氏 名 (続柄 )	年齢: 歳
	電話番号: 職業: 勤務先:		
	3	ふりがな 氏 名 (続柄 )	年齢: 歳
	電話番号: 職業: 勤務先:		
きょうだい	歳 (男・女)	歳 (男・女)	歳 (男・女) 歳 (男・女)
通園・通学先	電話		
かかりつけ病院	電話		
これまでの 病気	熱性痙攣: 初回 歳 カ月 最後は 歳 カ月 (これまでに 回) ダイアップの利用: ( なし ・ あり )		
	喘息	( なし ・ あり ) 毎日 薬を ( 飲んでいる ・ いない ・ 発作時だけ ) 毎日 吸入療法を ( している ・ いない ・ 発作時だけ )	
	アトピー性皮膚炎	なし ・ あり : 治療は ( 内服薬 ・ 塗り薬 ・ 食事療法 ・ 治療せず )	
	その他の病気 (具体的に)		
	入院歴	なし ・ あり ・ 病名: (期間: ) 歳 カ月 病院名: ・ 病名: (期間: ) 歳 カ月 病院名:	
常用薬	●薬の種類、病名、内服時間等をお書きください。		
食事	食物アレルギー ( なし ・ あり ) 食物名: ※アレルギーがある方は利用時に、医師が記載した生活管理指導票を持参してください。		

予防接種 ※年月日記入	ヒブ Hib	1	/ /	五種混合	1	/ /	水痘 (みずぼうそう)	/ /	
		2	/ /		2	/ /		/ /	
		3	/ /		3	/ /		流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	/ /
		追加	/ /		追加	/ /		/ /	
	小児肺炎 球菌	1	/ /	MR		/ /	ロタウイルス	/ /	
		2	/ /			/ /		/ /	
		3	/ /		日本脳炎	1		/ /	/ /
		追加	/ /			2		/ /	BCG
	四種混合 (DPT-IPV)	1	/ /	B型肝炎	追加	/ /		/ /	
		2	/ /			/ /		/ /	
		3	/ /			/ /		/ /	
		追加	/ /			/ /		/ /	
	感染症歴	はしか : 歳 カ月		水ぼうそう : 歳 カ月					
		百日咳 : 歳 カ月		おたふくかぜ : 歳 カ月					
		B型肝炎 : 歳 カ月		新型コロナ : 歳 カ月					
		突発性発疹 : 歳 カ月							
周産期・ 乳児期の発達	妊娠中の異常 : ( なし ・ あり ) ありの場合 : 出産時の異常 : ( なし ・ あり ) ありの場合 : 週数 : 週 日 出生体重 : g								
	特別な処置・所見 : ( なし ・ あり ) ありの場合 : 授乳期の栄養方法 ( 母乳栄養 ・ 人工栄養 ・ 混合栄養 ) 授乳期間 : 生後～ まで 哺乳力 ( 普通 ・ 弱い )								
	寝姿勢 ( うつぶせ寝 ・ 仰向け寝 ・ 横向き寝 ) 体重増加 ( 普通 ・ 不良 ) 首のすわり : カ月 寝返り : カ月 おすわり : カ月 ハイハイ : カ月 つかまり立ち : カ月 一人歩き : カ月 人見知り : カ月 初語 (意味のあることば) : 歳 カ月 その他特徴 異常に泣く ・ かんしゃくがある ・ 寝ない ・ 夜泣き ・ おとなしすぎる その他 ( )								
	●生後からの発達状況について、気になる点がある場合は具体的にお書きください。								
	性格 例 : 人なつこい ・ 好奇心旺盛 ・ 知らない人が苦手 ・ マイペース ・ 活発 ・ おとなしい								
	その他 ●体質 (アレルギー等) やくせ、心配なこと・配慮してほしいことについてお書きください。								

※所得税非課税・住民税非課税・生活保護のいずれかに該当する場合はお申し付けください。(利用料減免制度があります。)

年 月 日受付