

練馬区病児・病後児保育事業利用登録（申請）書

ふりがな 氏 名		男 女	年 歳	月 か	日生 か	お子さんの愛称
住所（〒 ）						電話
保護者等氏名 ※連絡先順位 で記入	1	ふりがな 氏 名 (続柄)			携帯	
		勤務先			電話番号	
	2	ふりがな 氏 名 (続柄)			携帯	
		勤務先			電話番号	
	3	ふりがな 氏 名 (続柄)			携帯	
		勤務先			電話番号	
きょうだい	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
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： 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					

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
		追加			追加			(おたふくかぜ)
	小児肺炎 球菌	1		MR			ロタウイルス	
		2						
		3			日本脳炎	1		
		追加				2		
	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				
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)							
	(なし ・ あり)							
	喘息	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。							
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