

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 か月 最後は 歳 か月（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	/	/
		2	/	/		2	/	/	(みずぼうそう)	/	/
		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	/	/	BCG	/	/
		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	か月	水ぼうそう	:	歳	か月			
	百日咳	:	歳	か月	おたふくかぜ	:	歳	か月			
	B型肝炎	:	歳	か月	新型コロナ	:	歳	か月			
	突発性発疹	:	歳	か月							
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 : か月 寝返り : か月 おすわり : か月 ハイハイ : か月 つかまり立ち： か月 一人歩き : か月 人見知り : か月 初語 (意味のあることば)： 歳 か月) 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