　　年　　月　　日記入

**練馬区病児・病後児保育事業利用登録（申請）書**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな　　　　　　　　　　　　　　　　男  氏　　名　　　　　　　　　　　　　　　　女 | | | | 年　　　月　　　日生  　　歳　　　か月 | | 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  (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 |  | | 追加 |  |  |  |
| ２ |  | | Ｂ型肝炎 |  | |  |  |
| 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 ） | | | | | | | | |
| 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。 | | | | | | | | |
| 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