

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 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		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 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