

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 (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	/ /	B C G	/ /	
	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