

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