

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: 力月 寝返り: 力月 おすわり: 力月 ハイハイ: 力月 つかまり立ち: 力月 一人歩き: 力月 人見知り: 力月 初語(意味のあることば): 歳 力月 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()			
	<u>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。</u>			
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				
		追加			追加				
	小児肺炎 球菌	1		MR			ロタウイルス		
		2							
		3							
		追加							
	四種混合 (DPT-IPV)	1		日本脳炎			BCG		
		2							
		3							
		追加							
			1		B型肝炎				
			2						
			3						
			追加						
感染症歴	はしか		： 歳 ヵ月	水ぼうそう		： 歳 ヵ月			
	百日咳		： 歳 ヵ月	おたふくかぜ		： 歳 ヵ月			
	B型肝炎		： 歳 ヵ月	新型コロナ		： 歳 ヵ月			
	突発性発疹		： 歳 ヵ月						
これまでの 病気	熱性痙攣：初回 歳 ヵ月 最後は 歳 ヵ月（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 ヵ月 病院名： ・病名： （期間： ） 歳 ヵ月 病院名：								
常用薬	<u>薬の種類、病名、内服時間等をお書きください。</u>								
食事	食物アレルギー（ なし ・ あり ） 食物名： <u>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。</u>								
その他	<u>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。</u>								

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