

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		男	年	月	日生	お子さんの愛称	
氏 名		女	歳	か月			
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）	
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。					

