

練馬区病児・病後児保育事業利用登録（申請）書

ふりがな		男	生年月日		年	月	日生
氏名		女			歳	月	
保護者	父・氏名		(歳)	お子さんの愛称		
	母・氏名		(歳)			
	自宅住所 (〒)						
自宅電話							
きょうだい		歳 (男・女)		歳 (男・女)		歳 (男・女)	
職業	父			母			
緊急連絡先	父	1 (電話		勤務先名)	
		2 (携帯電話)			
	母	1 (電話		勤務先名)	
		2 (携帯電話)			
利用通所施設名			電話				
主治医名			電話				
周産期・乳児期の発達	2歳未満児のみ記入してください。 妊娠中の異常 (なし・あり) 出産時の異常 (なし・あり) 出産時体重 (g) 新生児期に多呼吸・頻脈・チアノーゼ・嘔吐 (なし・あり) 母乳栄養・人工栄養・混合栄養 哺乳力 (普通・弱い) 体重増加 (普通・不良) 首のすわり : カ月 おすわり : 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) 異常に泣く おとなしすぎる うつぶせ寝・仰向け寝・横向き寝						
予防接種 ※年月日記入	ヒブ Hib	1	三種混合 (DPT)	1	水痘 (みずぼうそう)		
		2		2			
		3		3			
		追加		追加			
	小児肺炎 球菌	1	不活化 ポリオ	1	B型肝炎		
		2		2			
		3		3			
		追加		追加			
	BCG		MR	1	ロタウイルス		
	四種混合 (DPT-IPV)	2		2			
		3		3			
		追加		追加			
四種混合 (DPT-IPV)		1	日本脳炎	1			
	2	2					
	3	3					
	追加	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： (キャリアでない・ある)	
	その他（具体的に）：	
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）	
	喘息	毎日 薬を 飲んでいる・いない・発作時だけ
	喘息性気管支炎	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	ない ・ ある（治療は 内服薬・食事療法）
	その他の病気 (具体的に)	
入院したこと ない ・ ある（病名 歳 カ月） （病名 歳 カ月） （病名 歳 カ月） （病名 歳 カ月）		
常 用 薬	喘息・アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時内服しているお薬があれば具体的にお書きください。（内服時間も）	
食 事	食事制限の指示を主治医から受けている場合は、具体的にお書きください。 食物アレルギー（有 ・ 無） ↳ （食物名 ）	
性 格		
そ の 他	体質（アレルギー等）や、くせなど心配なこと・配慮してほしいことについて具体的にお書きください。	

年 月 日 受付