

(第2関係)

この登録申込書は、利用を希望する実施施設の設置者(病児・病後児保育室)へ提出してください。  
西東京市にお住まいでない方は「在勤証明書」を一緒に提出してください。  
生活保護受給世帯または住民税非課税世帯の方は「収入状況報告書」を提出してください。

登録番号	
------	--

### 病児・病後児保育事業登録申込書

年 月 日

西東京市長 宛

保護者(西東京市内在住または在勤の方)  
(〒 )

住所 \_\_\_\_\_

氏名 \_\_\_\_\_

電話(自宅) \_\_\_\_\_

次のとおり病児・病後児保育事業利用登録の申込をします。

登録児童	ふりがな 児童氏名		愛称		生年月日				
					年 月 日 ( 歳 月)				
	児童の兄弟姉妹		歳	歳	歳				
	通園施設名		電話 ( )						
	主治医氏名(医院名)		電話 ( )						
保護者	氏名	( 歳)		続柄(父・母・その他)					
	勤務先住所	(〒 )							
	勤務先電話	( )	勤務先名	最寄駅					
	氏名	( 歳)		続柄(父・母・その他)					
	勤務先住所	(〒 )							
	勤務先電話	( )	勤務先名	最寄駅					
周産期	緊急の連絡先	父(その他)	電話	( )					
		母(その他)	電話	( )					
	妊娠中の異常(なし・あり)								
	出生時体重 g								
出産期(予定どおり・日早かった・遅かった) (在胎 週)									
出産時の異常(なし・あり)									
乳児期の発達	首のすわり	ヶ月	おすわり	ヶ月	一人歩き	ヶ月			
	栄養法: 母乳・人工乳・混合								
	離乳食開始時期	前期	ヶ月	中期	ヶ月	後期	ヶ月	幼児食	ヶ月
	人見知り	ヶ月	母親の後追い	歳	ヶ月	初語(意味のあることば)	歳	ヶ月	
処理欄	受付日			利用料金 徴収・免除					

※ 登録番号・処理欄には、記入しないでください。

この登録申込書は、利用を希望する実施施設の設置者(病児・病後児保育室)へ提出してください。

予 防 接 種	BCG : 年 月	Hib : 1回 年 月
	ポリオ : 1回 年 月	2回 年 月
	・経口 2回 年 月	3回 年 月
	・不活化 3回 年 月	追加 年 月
	肺炎球菌 : 1回 年 月	2回 年 月
	・三種混合 : I期 ① 年 月	3回 年 月
	・四種混合 ② 年 月	追加 年 月
	③ 年 月	B型肝炎 : 1回 年 月
	追加 年 月	2回 年 月
	MR : I期 年 月	3回 年 月
(麻疹・風疹) II期 年 月	日本脳炎 : I期 ① 年 月	
② 年 月	2回 年 月	
追加 年 月	3回 年 月	
水痘 : 1回 年 月	その他 : 年 月	
(水ぼうそう) 2回 年 月	: 年 月	
おたふく : 年 月	: 年 月	
感 染 症 歴	はしか : 歳 ヶ月	おたふく : 歳 ヶ月
	百日咳 : 歳 ヶ月	水ぼうそう : 歳 ヶ月
	風疹 : 歳 ヶ月	突発性発疹 : 歳 ヶ月
	その他 : (具体的に)	
こ れ ま で の 病 気	けいれん : なし・あり ( 熱があった・熱がなかった )	
	けいれん予防薬使用の有無	初回 歳 ヶ月
	無・有 (薬品名 )	最後 歳 ヶ月 (これまでに 回)
	ぜん息及び ぜん息様気管支炎	毎日治療している・治療していない・発作時だけ どのような治療( )
	アトピー性皮膚炎	ない・ある (治療は : 内服薬・外用薬・食事療法 )
その他の病気 (具体的に)		
入院 及び 手術 (入院したこと)	【入院】 ない・ある (病名 歳 ヶ月)	
	【手術】 ない・ある (病名 歳 ヶ月)	
	(病名 歳 ヶ月)	
	(病名 歳 ヶ月)	
常 時 内 服 し て い る 薬	ぜん息、アトピー性皮膚炎、けいれん等で、常時使用している薬があれば、内服・軟膏・吸入など時間や回数等を具体的に お書きください。	
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。	
そ の 他	体質(薬物アレルギー等)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。	