

(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。

生活保護受給世帯又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

平成 年 月 日

西東京市長 宛

保護者(西東京市内在住又は在勤の方)
(〒)

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みをします。

登録児童	ふりがな 児童氏名		愛称		生年月日 平成 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		
緊急の連絡先		父(その他)	()		電話	()
	母(その他)	()		電話	()	
周産期	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	
		:	追加		年	月	肺炎球菌	:	1回		年	月
	・三種混合	:	I期 ①		年	月		2回		年	月	
	・四種混合	:	②		年	月		3回		年	月	
		:	③		年	月		追加		年	月	
		:	追加		年	月	ロタ	:	1回		年	月
	MR	:	I期		年	月		2回		年	月	
(麻疹・風疹)	:	II期		年	月		3回		年	月		
日本脳炎	:	I期 ①		年	月	水痘	:			年	月	
	:	II期 ②		年	月	その他	:			年	月	
	:	追加		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	:					:					
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。											