

(第3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

令和 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

**【利用登録にあたり同意していただく事項】**

- ・市内在住であることを公簿により確認すること。(市内在住者のみ)
- ・住所等の登録申込内容に変更が生じた際は、病児・病後児保育室又は市に届け出ること。

以上のことに同意し、次のとおり病児・病後児保育事業の利用に係る登録の申込みをします。

登録児童	ふりか 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		
	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
	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

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		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		追加	年	月	B型肝炎	:	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	ロタ	:	1回	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	:								
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。									