

足立区病後児保育事業  
**令和 年度 病後児保育室利用登録申込書**

(提出先)  
 足立区教育委員会

令和 年 月 日

登録番号

申込者（保護者）

住所

電話

(病後児保育室で記入)

氏名

下記のとおり保育利用登録の申込をします。

ふりがな 児童名	呼び名 ( )	男 女	平成 令和	年	月	日生	歳 月		
緊急 連絡先	続柄 ( ) 氏名 ( ) 携帯電話			続柄 ( ) 氏名 ( ) 携帯電話					
予防接種 ○を記載	MR (麻疹・風疹)	水痘	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	三種混合 四種混合	BCG	Hib	日本脳炎	肺炎球菌	
既往歴 ○を記載	水痘 (水ぼうそう)	突発性発疹	流行性耳下腺炎 (おたふくかぜ)	麻疹 (はしか)	風疹	百日咳			
健康状態	平熱	度くらい							
	けいれん	無・有 (熱 度くらい 回数 回) 直近発生日: ( 年 月 日 熱: 度くらい)							
	脱臼	無・有 (どこが: 状況: )							
	喘息	無・有							
	アトピー	無・有							
	アレルギー	無・有 (アレルゲン: )							
	・生活するにあたり留意してほしいことがありましたら、お書きください。 ( )								
食 事	何を使って食べていますか (はし・スプーン・フォーク)								
	牛乳を飲んでいますか ( はい ・ いいえ )								
	好きな食べ物 ( ) 嫌いな食べ物 ( )								
	気になること (量など )								
排 泄	おむつ: している ・ 睡眠時のみ ・ していない ・ トイレトレーニング中								
	排 便: 教える ・ 出してから教える ・ 教えない 回数 ( 日に 回)								
	排 尿: 教える ・ 出してから教える ・ 教えない 間隔 ( 時間位)								
好きな遊び									
その他 配慮の必 要な事項									

**\*健康状態把握のため、登録は1年更新（4月～翌年3月）です。  
 \*病後児保育の利用は1歳からになります。**