様式第１号

年度

摂津市病児・病後児保育事業利用登録票

提出日　　年　　月　　日

対象者（乳幼児）	（フリガナ）		愛　称		性別	
	氏　　名					
	生年月日	年　　月　　日（　　歳児クラス）	保育所等名			
保護者	氏　　名		電話番号			
	住　　所	摂津市				
緊急連絡先	1	氏　名	（続柄　　）			
		電　話	（　　）　（自宅・携帯・勤務先　　）			
	2	氏　名	（続柄　　）			
		電　話	（　　）　（自宅・携帯・勤務先　　）			
利用施設	遊育園こどもクリニック病児保育室　・　病児・病後児保育室エキスポキッズ					

対象者の状況	予防接種及び感染の状況 予防接種　　感　染 ＢＣＧ　（有・無）　（有・無） 三種または 四種混合　（有・無）　（有・無） ポリオ　（有・無）　（有・無） ＭＲ　（有・無）麻しん（有・無） （麻しん・風しん）　風しん（有・無） 流行性耳下腺炎（有・無）　（有・無） 水痘　（有・無）　（有・無） 日本脳炎　（有・無）　（有・無） Ｂ型肝炎　（有・無）　（有・無） その他実施した予防接種（　　）	過去にかかった大きな病気 （入院した場合は、その期間）
	ひきつけ（けいれん）について （有・無） ・過去　　回 ・最後の発作（　　年　　月頃） ・診断名　（　　） ・けいれん止めの薬品の名称（坐薬も含めて） ・使用方法（発熱時・投与量など具体的に）	アレルギー（特異）体質について　（有・無） ・病名　（　　） ・原因となるもの ・食事制限の内容 ・使用できない薬品名

＊初回利用時に「摂津市病児・病後児保育事業登録票」の提出が必要です。年度内有効です。