

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		過去にかかった大きな病気		
	予 防 接 種		(入院した場合は、その期間)		
	BCG	(有 ・ 無)	感 染		
	三種または		(有 ・ 無)		
	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 ()					

<p>ひきつけ（けいれん）について （有・無）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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） 	<p>アレルギー（特異）体質について（有・無）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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。