

年度

摂津市病児・病後児保育事業利用登録票 提出日 平成 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 <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> 予 防 接 種 感 染 </div> 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。