

吹田市病児・病後児保育事業登録票

提出日 年 月 日

対象者 (乳幼児)	(フリガナ) 氏名		愛称	性別	男・女																												
	生年月日	( 年 月 日 歳児クラス)	入所 保育所	保育所 (園)																													
保護者	氏名		電話番号	( )																													
	住所																																
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_____ )																													
対象者の 状況	予防接種及び感染の状況 <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>予防接種</th> <th>感 染</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BCG</td> <td>( 済・未 )</td> <td>( 有・無 )</td> </tr> <tr> <td>三種または四種 混合</td> <td>( 済・未 )</td> <td>( 有・無 )</td> </tr> <tr> <td>ポリオ</td> <td>( 済・未 )</td> <td>( 有・無 )</td> </tr> <tr> <td>MR (麻しん・風しん)</td> <td>( 済・未 )</td> <td>麻しん ( 有・無 ) 風しん ( 有・無 )</td> </tr> <tr> <td>流行性耳下腺炎</td> <td>( 済・未 )</td> <td>( 有・無 )</td> </tr> <tr> <td>水痘</td> <td>( 済・未 )</td> <td>( 有・無 )</td> </tr> <tr> <td>日本脳炎</td> <td>( 済・未 )</td> <td>( 有・無 )</td> </tr> <tr> <td>その他実施した予防接種( )</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				予防接種	感 染	BCG	( 済・未 )	( 有・無 )	三種または四種 混合	( 済・未 )	( 有・無 )	ポリオ	( 済・未 )	( 有・無 )	MR (麻しん・風しん)	( 済・未 )	麻しん ( 有・無 ) 風しん ( 有・無 )	流行性耳下腺炎	( 済・未 )	( 有・無 )	水痘	( 済・未 )	( 有・無 )	日本脳炎	( 済・未 )	( 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)		
		予防接種	感 染																														
BCG	( 済・未 )	( 有・無 )																															
三種または四種 混合	( 済・未 )	( 有・無 )																															
ポリオ	( 済・未 )	( 有・無 )																															
MR (麻しん・風しん)	( 済・未 )	麻しん ( 有・無 ) 風しん ( 有・無 )																															
流行性耳下腺炎	( 済・未 )	( 有・無 )																															
水痘	( 済・未 )	( 有・無 )																															
日本脳炎	( 済・未 )	( 有・無 )																															
その他実施した予防接種( )																																	
ひきつけについて (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  使用方法			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、「吹田市病児・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。

\* 病児・病後児保育料の減免については、保育料決定通知書等の提示が必要です。