

吹田市病児・病後児保育事業登録票

提出日 年 月 日

利用児童	(フリガナ) 氏名	愛称	性別	男・女																																				
	生年月日 学年・歳児クラス	年 月 日 年・ 歳児クラス	所属	小学校 保育所・幼稚園																																				
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>Hib</td> <td>(済・未)</td> <td>(有・無)</td> </tr> <tr> <td>肺炎球菌</td> <td>(済・未)</td> <td>(有・無)</td> </tr> <tr> <td>B型肝炎</td> <td>(済・未)</td> <td>(有・無)</td> </tr> <tr> <td>ロタ</td> <td>(済・未)</td> <td>(有・無)</td> </tr> <tr> <td>四種混合</td> <td>(済・未)</td> <td>(有・無)</td> </tr> <tr> <td>BCG</td> <td>(済・未)</td> <td>(有・無)</td> </tr> <tr> <td>MR (麻しん・風しん)</td> <td>(済・未) 麻しん</td> <td>(有・無) 風しん</td> </tr> <tr> <td>水痘</td> <td>(済・未)</td> <td>(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>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 colspan="2">()</td> </tr> </tbody> </table>			予防接種	感染	Hib	(済・未)	(有・無)	肺炎球菌	(済・未)	(有・無)	B型肝炎	(済・未)	(有・無)	ロタ	(済・未)	(有・無)	四種混合	(済・未)	(有・無)	BCG	(済・未)	(有・無)	MR (麻しん・風しん)	(済・未) 麻しん	(有・無) 風しん	水痘	(済・未)	(有・無)	流行性耳下腺炎	(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																																					
Hib	(済・未)	(有・無)																																						
肺炎球菌	(済・未)	(有・無)																																						
B型肝炎	(済・未)	(有・無)																																						
ロタ	(済・未)	(有・無)																																						
四種混合	(済・未)	(有・無)																																						
BCG	(済・未)	(有・無)																																						
MR (麻しん・風しん)	(済・未) 麻しん	(有・無) 風しん																																						
水痘	(済・未)	(有・無)																																						
流行性耳下腺炎	(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。