

受付日
-----

# 柏市病児・病後児保育登録票 (ご利用前に登録をお願いします)

申請日
-----

ふりがな			男・女	生年月日	
児童氏名				年	月 日
愛称		現在利用している 柏市の通園施設		主治医	
自宅の住所	〒 固定電話 ( )				
保護者連絡先	①氏名 (続柄 )		②氏名 (続柄 )		
	勤務先名 勤務先電話 携帯電話 (お迎えに要する時間)		勤務先名 勤務先電話 携帯電話 (お迎えに要する時間)		
	名戸ヶ谷⇒	時間 分	名戸ヶ谷⇒	時間 分	
	柏たなか⇒	時間 分	柏たなか⇒	時間 分	
対象の方はレ点チェック	<input type="checkbox"/> 生活保護 , <input type="checkbox"/> 市民税非課税 かつ <input type="checkbox"/> 母子・父子・在宅障害世帯				
緊急代理人	氏名 (続柄 )	氏名 (続柄 )	電話	電話	
<p>これまでにかかった病気に○をしてください                  ・麻疹(はしか) ・風疹 ・水ぼうそう ・流行性耳下腺炎(おたふくかぜ)</p> <p>下記の疾患にかかった方は、○をつけていただき経過をお書きください                  ・てんかん ・心臓病(診断名 ) ・腎臓病(診断名 )                  ・熱性けいれん(回数 )(最終 年 月 日) 座薬の指示(なし・あり)                  ・発達の遅れ ・その他 (診断名 )                  ・療育手帳 ( 無 ・ 有 ) ・身体障害者手帳 ( 無 ・ 有 )                  &lt; 経過をお書きください &gt;</p>					
常用している薬	( 無 ・ 有 )(処方内容 )				
アレルギーについて	食物アレルギーについて ( 無 ・ 有 )(有の場合、食品名 )				
	アナフィラキシーについて( 無 ・ 有 ) エピペンについて ( 無 ・ 有 )				
	食事制限について ( 無 ・ 有 ) (除去内容 )				
その他、体質や配慮して欲しいことがありましたらお書きください					



上記の内容に変更がありますか。変更がある際は赤字で訂正をお願いします。

年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
( 無 ・ 有 )	( 無 ・ 有 )	( 無 ・ 有 )	( 無 ・ 有 )	( 無 ・ 有 )	( 無 ・ 有 )

受付場所	名戸ヶ谷病院 ・ 柏たなか病院 ・ ( ) 保育園 ・ 保育運営課
------	-----------------------------------

裏面に母子手帳の予防接種の記録を転記してください

氏名 ( )

予防接種の記入をお願いします



BCG		日本脳炎	ヒブ	肺炎球菌	ロタ
		①	①	①	①
3種・4種混合／ポリオ		②	②	②	②
①	生 IVP	第一期追加	③	③	③
②	生 IVP	第二期	追加	追加	
③	IVP	MR	水痘	流行性耳下腺炎	B型肝炎
第一期追加	第一期追加	①	①	①	①
第二期(DT)	第二期(DT)	②	②	②	②
					③

コピーの提出も可…コピーの場合は、必ず名前を記入してください

