

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

フリガナ		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 柏たなか⇒ 時間 分	名戸ヶ谷⇒ 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"/> 市民税非課税世帯
-------------	---

緊急代理人	氏名 (続柄)	氏名 (続柄)
	電話	電話

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)

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)
 ・喘息 ・その他(診断名)
 ・発達上、気になることがありましたら具体的にお書きください。

< 経過をお書きください >



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
------	----------------------------

氏名()

予防接種の記入をお願いします



<4種混合を接種した方>

ヒブ	肺炎球菌	B型肝炎	ロタ	4種混合
①	①	①	①	①
②	②	②	②	②
③	③	③	③	③
追加	追加			追加
BCG	MR	水痘	日本脳炎	おたふくかぜ
	①	①	①	①
	②	②	②	②
			追加	

<5種混合を接種した方>

ロタ	肺炎球菌	B型肝炎	5種混合	BCG
①	①	①	①	
②	②	②	②	
③	③	③	③	
	追加		追加	追加
MR	水痘	日本脳炎	おたふくかぜ	
①	①	①	①	
②	②	②	②	
		追加		

*コピーの提出も可。その場合は用紙に必ず名前をご記入ください。

