

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 柏たなか⇒ 時間 分		名戸ヶ谷⇒ 時間 分 柏たなか⇒ 時間 分		
対象の方はし点チェック	<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</p> <p>・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</p> <p>・てんかん ・心臓病(診断名) ・腎臓病(診断名)</p> <p>・熱性けいれん(回数)(最終 年 月 日) 座薬の指示(なし・あり)</p> <p>・喘息 ・その他(診断名)</p> <p>・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。</p> <p>< 経過をお書きください ></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	おたふくかぜ	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

