

登 録 票

病児保育(エンゼル川崎/エンゼル中原/エンゼル宮前/エンゼル麻生)・病後児保育(エンゼル幸/エンゼル高津/エンゼル多摩)の利用にあたり登録します。

※利用施設に○を記入してください。複数の施設に登録する場合は、施設ごとに登録手続きをお願いします。平成 年 月 日記入

ふりがな	男 児童名 _____ 愛称 (_____) 生年月日 平成 年 月 日生	通 所 先	Tel _____	病院名・主治医名	Tel _____				
住所	〒 _____ 川崎市 _____ 区	電 話	自宅 044(_____)	* 緊 急 連 絡 先	氏名 (続柄) Tel _____				
			携帯(父・母・その他)		氏名 (続柄) Tel _____				
家 族 構 成	続柄	氏 名	生年月日	勤務先	電話	*優先順位			
	父				(勤務先)				
					(携帯)				
	母					(勤務先)			
(携帯)									
					(携帯)				
					(携帯)				
予 防 接 種	ワクチンの種類		接種年月日	ワクチンの種類	接種年月日	既 往 歴	病 名	既往時年齢	
	B型肝炎	1回目		BCG			突発性発疹		
		2回目		ポリオ 生2回 不活化4回	1回目			おたふくかぜ	
		3回目			2回目			水痘	
	ロタ	1回目			3回目			麻疹(はしか)	
	□ロタリックス	2回目		□三種混合 又は □四種混合	4回目			風疹	
		□ロタテック	3回目				I 期 1回目		溶連菌感染症
	ヒブ	初回 1回目			2回目			百日咳	
		2回目			3回目			急性中耳炎	
		3回目			I 期 追加			滲出性中耳炎	
		追加接種		おたふくかぜ	1回目			気管支喘息	
	肺炎球菌	初回 1回目			2回目				
		2回目		水痘	1回目				
		3回目			2回目				
	追加接種								
MR	I 期		日本脳炎	I 期 1回目					
	II 期			2回目					
インフルエンザ	I 期			I 期 追加					
	0歳時(回) 1歳時(回) 2歳時(回)								
	3歳時(回) 4歳時(回) 5歳時(回)								
・妊娠中および出産時に何か異常がありましたか。 なし・あり [_____] ・在胎期間 _____ 週 _____ 日 ・出生時体重(_____ g) 出生時身長(_____ cm) ・現在の体重(_____ kg) 現在の身長(_____ cm) ・子どもの平熱(_____ ℃)				・食物アレルギー なし・あり ・除去食品 なし・あり ありの場合 診断された日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 除去食品 _____ 解除された日 _____ 年 _____ 月 _____ 日					
その他、今までかかった病気や注意すべきことについてご記入ください。(例: 熱性けいれん、無熱性けいれん、喘息、川崎病、薬品アレルギー等)									

2017.4改訂

*緊急連絡先は、災害時保護者に連絡がつかなかった場合を想定してご記入ください。(遠方・実家でも構いません。)

*連絡先電話は優先順位を番号でご記入ください。

*ご記入にあたってご不明の点は、各施設へお問い合わせください。

エンゼル川崎044-201-6937 ・ エンゼル中原044-872-9137 ・ エンゼル宮前044-789-9117・エンゼル麻生044-455-5473
 エンゼル幸 044-555-6741 ・ エンゼル高津044-833-8872 ・ エンゼル多摩044-922-8724