

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。

※記載された個人情報、緊急時に病院等に対し必要に応じて、情報提供されることがあります。 令和 年 月 日記入

	ふりがな 児童名 _____ 男 愛称 (_____) 女 生年月日 _____ 年 月 日生	通所園名	入所(予定)年月日 _____ 年 月 日 Tel _____	病院名・主治医名 _____ _____					
住所	〒 _____ 市	電話	自宅 (_____)	氏名 (続柄) Tel _____	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)				
					(勤務先) (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			
	B型肝炎	1回目		BCG			病名	既往時年齢	
		2回目			ポリオ 不活化4回			1回目	突発性発疹
		3回目						2回目	おたふくかぜ
	ロタ □ロタリックス □ロタテック	1回目		□三種混合 又は □四種混合	3回目			水痘	麻疹(はしか)
		2回目			I期			4回目	風疹
		3回目						I期 追加	溶連菌感染症
	ヒブ	初回 1回目		おたふくかぜ	2回目			百日咳	急性中耳炎
		2回目			I期			3回目	滲出性中耳炎
		3回目						I期 追加	気管支喘息
		追加接種							
	肺炎球菌	初回 1回目		水痘	1回目				
2回目			I期		2回目				
3回目					I期 追加				
	追加接種								
MR	I期		日本脳炎	1回目					
	II期			I期 追加					
インフルエンザ		0歳児(回)	1歳児(回)	2歳児(回)					
		3歳児(回)	4歳児(回)	5歳児(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(_____ °C)				・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)									

2022.11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