

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。 令和 年 月 日記入

ふりがな	男	通 所 先		Tel	病院名・主治医名								
児童名	女												
愛称 ()													
生年月日	年 月 日												
住所	〒 - 川崎市 区	電話	自宅 044()		*緊急連絡先	氏名 (続柄)							
			携帯(父・母・その他)			Tel	氏名 (続柄)						
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)								
成					(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		□三種混合 又は □四種混合	3回目			麻疹(はしか)					
		□ロタリックス	2回目			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						
	肺炎球菌	追加接種		おたふくかぜ		1回目		気管支喘息					
		初回 1回目		水痘		2回目							
2回目					1回目								
MR	3回目				2回目								
	追加接種												
インフルエンザ	I期		日本脳炎		I期 1回目								
	II期				2回目								
					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(°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)													

2019.5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