

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は、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 (_____)	*緊急連絡先 (保護者以外の方)	氏名 _____ (続柄)				
			携帯(父・母・その他)		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)				
	母				(勤務先)				
					(勤務先)				
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 不活化4回		1回目	おたふくかぜ	
		3回目					2回目	水痘	
	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	麻疹(はしか)	
		2回目			4回目		風疹		
		3回目			I期 1回目		溶連菌感染症		
	ヒブ	初回 1回目		I期 追加	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		水痘	2回目				
2回目			1回目						
3回目			2回目						
	追加接種		日本脳炎	I期 1回目					
MR	I期			2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