

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、情報提供を行うことがあります。 令和 年 月 日記入

ふりがな 児童名 愛称 () 生年月日	男・女 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() 携帯(父・母・その他)	*緊急連絡先	氏名 (続柄) Tel 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		
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	病名	既往時年齢
	B型肝炎	1回目 2回目 3回目	BCG		突発性発疹	
	ロタ	1回目	ポリオ	1回目	おたふくかぜ	
	□ロタリックス	2回目	生2回 不活化4回	2回目	水痘	
	□ロタテック	3回目		3回目	麻疹(はしか)	
	ヒブ	初回 1回目 2回目 3回目 追加接種	□三種混合 又は □四種混合	4回目	風疹	
	肺炎球菌	初回 1回目 2回目 3回目 追加接種	□三種混合 又は □四種混合	I期 1回目 2回目 3回目 I期 追加	溶連菌感染症	
	MR	I期 II期	日本脳炎	I期 1回目 2回目 I期 追加	百日咳	
	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)			急性中耳炎	
	おたふくかぜ				滲出性中耳炎	
水痘				気管支喘息		
・妊娠中および出産時に何か異常がありましたか。 [] ・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)			なし・あり ・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)						

2022.2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