

# 登 録 票

病児保育(エンゼル川崎/エンゼル中原/エンゼル高津/エンゼル宮前/エンゼル多摩/エンゼル麻生)・病後児保育(エンゼル幸)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 ( _____ ) 携帯(父・母・その他) _____	*緊急連絡先 (保護者以外の方) 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
	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	病 名	既往時年齢
	B型肝炎	1回目	BCG		既 往 歴	突発性発疹
		2回目		1回目		おたふくかぜ
		3回目		2回目		水痘
	ロタ	1回目	ポリオ 不活化4回	3回目		麻疹(はしか)
		2回目		4回目		風疹
	□ロタリックス	2回目				溶連菌感染症
	□ロタテック	3回目				百日咳
	ヒブ	初回 1回目	□三種混合 又は □四種混合	I 期 1回目		急性中耳炎
		2回目		2回目		滲出性中耳炎
		3回目		3回目		気管支喘息
		追加接種		I 期 追加		
	肺炎球菌	初回 1回目	おたふくかぜ	1回目		
		2回目		2回目		
		3回目		1回目		
		追加接種		2回目		
	MR	I 期	日本脳炎	I 期 1回目		
		II 期		2回目		
	インフルエンザ	0歳児( 回)		I 期 追加		
		1歳児( 回)		2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( _____ ℃)					・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)						

2024.11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 / エンゼル幸044-555-6741 / エンゼル中原044-872-9137 / エンゼル高津044-833-8872

エンゼル宮前044-789-9117 / エンゼル多摩044-922-8724 / エンゼル麻生044-455-5473