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。

※利用施設に〇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 愛　　称（　　） 生年月日　平成・令和　　年　　月　　日生	男・女	病院名 主治医名	Tel

通園・通学等

入所又は入学（予定）年月日　　年　月　日　Tel

小学校通学後の通所先（わくわくプラザ、学童保育、放課後等デイサービス等の施設）

Tel

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	※これまで受けた予防接種の番号と回数に〇を付けてください
	1 B型肝炎【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 】
	2 ロタ □ロタリックス【 1回目 ・ 2回目 】
	□ロタテック【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 】
	3 肺炎球菌【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 】
	4 五種混合【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 】
	5 四種混合【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 】
	6 ヒブ【 1回目 ・ 2回目 ・ 3回目 ・ 追加 】
	7 BCG
	8 MR【 Ⅰ期 ・ Ⅱ期 】
	9 水痘【 1回目 ・ 2回目 】
	10 おたふくかぜ【 1回目 ・ 2回目 】
	11 日本脳炎【 Ⅰ期 1回目 ・ 2回目 ・ 追加　Ⅱ期 】
	12 二種混合
	13 インフルエンザ【最近受けたのは　　年　月】
	14 新型コロナ【最近受けたのは　　年　月】

既往歴	病名	既往時年齢
	突発性発疹	
	おたふくかぜ	
	水痘	
	麻疹（はしか）	
	風疹	
	溶連菌感染症	
	百日咳	
	気管支喘息	
	RSウイルス感染症	
	新型コロナウイルス感染症	
	熱性痙攣	
	てんかん	
	川崎病	

・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。

2025.2.17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