

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。平成 年 月 日記入

ふりがな	男 児童名 _____ 愛称 (_____) 生年月日 平成 年 月 日生	通 所 先	Tel _____	病院名・主治医名	Tel _____			
住所	〒 _____ 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		
	父				(勤務先)			
					(携帯)			
	母				(勤務先)			
					(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		既往歴	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 □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		
	ヒブ	初回 1回目	I期 1回目 2回目 3回目 追加接種	I期 追加		溶連菌感染症		
		2回目				百日咳		
		3回目				急性中耳炎		
	肺炎球菌	初回 1回目	おたふくかぜ	1回目		滲出性中耳炎		
		2回目	水痘	2回目		気管支喘息		
3回目		1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(_____ ℃)				・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)								

2017.4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