

登 録 票

病後児保育の利用にあたり登録します。エンゼル高津

平成 年 月 日記入

ふりがな		男 ・ 女	保 育 園 幼 稚 園 な ど 通 所 先	Tel		病 院 名 ・ 主 治 医 名	Tel			
児童名				Tel			Tel			
愛称	()									
生年月日	平成 年 月 日生			Tel			Tel			
住所	〒 川崎市 区		電話	044() 携帯		緊急連絡先	①続柄()			
							②続柄()			
家族兄弟構成	続柄	氏名	生年月日	健康状態	勤務先・兄弟在園名	職種	電話番号	勤務時間		
	父							~		
	母							~		
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	1回目			突発性発疹		
		2回目			ポリオ □生2回 □不活化4回	2回目			おたふくかぜ	
		3回目				3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			I期 1回目			風疹		
		3回目			2回目			溶連菌感染症		
	ヒブ	初回	1回目	おたふくかぜ	3回目			百日咳		
		2回目			I期 追加			急性中耳炎		
		3回目			1回目			滲出性中耳炎		
肺炎球菌	追加接種		水痘	2回目		気管支喘息				
	初回	1回目		1回目						
	2回目			2回目						
MR	3回目		日本脳炎	2回目						
	追加	4回目		I期 追加						
インフルエンザ	I期			I期	1回目					
	II期			I期	2回目					
		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異常はありましたか。 なし・あり [緊急帝王切開・帝王切開・切迫早産・切迫流産・低出生体重児・]				・食物アレルギー なし・あり ・除去食品 なし・あり						
・在胎期間 週 日 ・子どもの平熱(°C) ・出生時体重(g) 出生時身長(cm) ・現在の体重(g) 現在の身長(cm) ・体質・その他気になること []				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						
その他に、今までかかった病気などで注意すべきものについてご記入ください。(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)										
* ご不明な点は、お問い合わせください。エンゼル高津 044-833-8872 留守番電話 044-833-8722 * 緊急連絡先は、災害時など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。										