

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 児童名 _____	男・女	保育園幼稚園 など通所先	Tel _____	病院名・主治医名	Tel _____
愛称 (_____)					
生年月日 平成 年 月 日生			Tel _____		Tel _____
住所 千代田区 _____		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 2回目 3回目		BCG			既往歴
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	2回目	水痘		
□ロタテック	3回目		□不活化4回	3回目	麻疹(はしか)		
ヒブ	初回 1回目		□三種混合 又は □四種混合	I期 1回目	風疹		
	2回目			2回目	溶連菌感染症		
	3回目			3回目	百日咳		
	追加接種			I期 追加	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			2回目	気管支喘息		
	3回目		水痘	1回目			
	追加 4回目			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) 1歳児(回) 2歳児(回)		I期 追加			
		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・ ・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 [_____]	・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。