

登 録 票

病児保育(エンゼル中原/エンゼル宮前)・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・女	通所先	Tel	病院名・主治医名									
児童名	愛称 ()	生年月日 平成 年 月 日生											
住所	〒 -	川崎市 区	自宅 044()	*緊急連絡先	氏名 (続柄)								
			携帯(父・母・その他)		氏名 (続柄)								
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)								
	母				(勤務先)								
					(勤務先)								
					(勤務先)								
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		ポリオ生2回 不活化4回	1回目			突発性発疹		おたふくかぜ	
		2回目			2回目			水痘					
		3回目			3回目			麻疹(はしか)					
	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	I期	1回目		風疹			溶連菌感染症		
		2回目				2回目		百日咳					
		3回目				3回目		急性中耳炎					
	ヒブ	初回	1回目		I期	追加		滲出性中耳炎			気管支喘息		
			2回目										
			3回目										
	肺炎球菌	追加接種		おたふくかぜ		1回目							
		初回	1回目			2回目							
			2回目		水痘		1回目						
	MR		3回目			2回目							
			追加接種										
I期			日本脳炎	I期	1回目								
II期		I期		追加									
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、今までに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)													

2015.4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。

エンゼル中原044-872-9137 ・ エンゼル宮前044-789-9117

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