

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		通 所 先	Tel	病院名・主治医名	Tel	
児童名		女						
愛称 ()		日生		Tel				
住 所	〒 - 区			電 話	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)		
						(携帯)		
						(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	
	B型肝炎	1回目		BCG				突発性発疹
		2回目			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		ポリオ 生2回 不活化4回	3回目			麻疹(はしか)
		2回目			4回目			風疹
		3回目			I期 1回目			溶連菌感染症
	ヒブ	初回	1回目	□三種混合 又は □四種混合	2回目			百日咳
			2回目		3回目			急性中耳炎
			3回目		I期 追加			滲出性中耳炎
	肺炎球菌	追加接種		おたふくかぜ		1回目		気管支喘息
		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						
インフルエンザ	I期		日本脳炎	I期 1回目				
	II期			I期 追加				
		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		・食物アレルギー なし・あり		
・在胎期間 週 日						・除去食品 なし・あり		
・出生時体重(g)		出生時身長(cm)		ありの場合				
・現在の体重(kg)		現在の身長(cm)		診断された日 年 月 日				
・子どもの平熱(℃)				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)								

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