

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。 令和 年 月 日記入

ふりがな 児童名 _____ 男 愛称 (_____) 女 生年月日 平成 年 月 日生	通 所 先	Tel _____	病院名・ 主治医名	Tel _____
住 所 〒 _____ 川崎市 _____ 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) _____	_____ _____ _____ _____ (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	B型肝炎 1回目 _____ 2回目 _____ 3回目 _____ ロタ □ロタリックス 1回目 _____ □ロタテック 2回目 _____ 3回目 _____ ヒブ 初回 1回目 _____ 2回目 _____ 3回目 _____ 追加接種 _____ 肺炎球菌 初回 1回目 _____ 2回目 _____ 3回目 _____ 追加接種 _____ MR I期 _____ II期 _____ インフルエンザ 0歳児(回) 1歳児(回) 2歳児(回) 3歳児(回) 4歳児(回) 5歳児(回)	既往歴 BCG _____ ポリオ 1回目 _____ 生2回 2回目 _____ 不活化4回 3回目 _____ 4回目 _____ □三種混合 I期 1回目 _____ 又は 2回目 _____ □四種混合 3回目 _____ I期 追加 _____ おたふくかぜ 1回目 _____ 2回目 _____ 水痘 1回目 _____ 2回目 _____ 日本脳炎 I期 1回目 _____ 2回目 _____ I期 追加 _____	病 名 既往時年齢 突発性発疹 _____ おたふくかぜ _____ 水痘 _____ 麻疹(はしか) _____ 風疹 _____ 溶連菌感染症 _____ 百日咳 _____ 急性中耳炎 _____ 滲出性中耳炎 _____ 気管支喘息 _____	
・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(_____ °C)	・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)				

2020.1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