

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。

※記載された個人情報は、緊急時に病院等に対し必要に応じて、情報提供されることがあります。 令和 年 月 日記入

ふりがな 児童名 愛称 () 生年月日	男・女 通所園名 入所(予定)年月日 年 月 日 Tel	病院名・主治医名 Tel	
住所	〒 市 Tel 自宅 () 携帯(父・母・その他)	*緊急連絡先 (保護者以外の方) 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		
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	病名 既往時年齢
	B型肝炎 1回目 2回目 3回目	BCG 1回目	突発性発疹
	ロタ 1回目 □ロタリックス 2回目 □ロタテック 3回目	ポリオ 不活化4回 2回目 3回目 4回目	おたふくかぜ
	ヒブ 初回 1回目 2回目 3回目 追加接種	□三種混合 又は □四種混合 1期 1回目 2回目 3回目 I期 追加	水痘
	肺炎球菌 初回 1回目 2回目 3回目 追加接種	おたふくかぜ 1回目 2回目	麻疹(はしか)
	MR I期 II期	水痘 1回目 2回目	風疹
	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)	日本脳炎 1期 1回目 2回目 I期 追加	浴連菌感染症
	・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	百日咳
	・在胎期間 週 日		急性中耳炎
	・出生時体重(g) 出生時身長(cm)		滲出性中耳炎
	・現在の体重(kg) 現在の身長(cm)		気管支喘息
	・子どもの平熱(℃)		
		・食物アレルギー 診断された日 年 月 日 除去食品 解除された日 年 月 日	
		・除去食品 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)			

2022.11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