

平成 年度

一般利用者・北里関係者

登録番号

北里キッズケアルーム「ひまわり」 利用登録申込書(新規・更新)

平成 年 月 日記入

申請者	氏名 ()歳	児童との続柄	職種	階層区分
	勤務先	配属先	職場電話番号	
	携帯電話番号	携帯mail		

登録児童	ふりがな	血液型	愛称	男・女	平成 年 月 日生 歳 カ月	
	児童氏名	型 Rh 未検査				
	通園施設名	()市区町村 ()	保育園・幼稚園・小学校			
	自宅住所	(〒 -)				
	自宅電話番号	自宅FAX番号				
	児童のきょうだい名	歳(男・女)	歳(男・女)	歳(男・女)		
かかりつけ医	()病院 ()先生					

申請者以外の連絡先	① 氏名 ()歳	続柄	携帯電話番号
	勤務先	配属先	職種
	② 氏名 ()歳	続柄	携帯電話番号
	勤務先	配属先	職種
職場電話番号			

発達	新生児期	出生時の異常 無・有 ()				
	乳幼児期	首のすわり	カ月 / おすわり	カ月 / つかまり立ち	カ月 / 一人歩き	カ月

予防接種とこれまでの病気	三種混合	未・済 (1回・2回・3回・追加)	B C G	未・済
	ポリオ	未・済 (1回・2回)	M R	未・済 (1回・2回)
	水ぼうそう	未・済・感染済	おたふくかぜ	未・済・感染済
	肺炎球菌	未・済 (回)	日本脳炎	未・済 (1回・2回・追加)
	ヒブ	未・済 (回)	その他()	
	麻疹	無・有	風疹	無・有
	突発性発疹	無・有		
	喘息	無・有 (治療継続中・悪化時のみ治療)	喘息様気管支炎	無・有 (治療継続中・悪化時のみ治療)
	熱性けいれん	無・有 (回・座薬の指示	無・有	℃以上)
	アトピー性皮膚炎	無・有	外用薬(使用中・悪化時のみ使用・使用していない)・その他()	
その他 ()				
入院したこと	無・有	病名:	(歳 カ月)	通院 無・有
		病名:	(歳 カ月)	通院 無・有

現在	常時服用している薬	無・有	薬品名:
	食事制限	無・有	食品名:
			症状:

その他	体質(薬物アレルギー等)やくせなど、心配なこと、遠慮してほしいことについて具体的にお書き下さい。
-----	--

北里関係者は以下もご記入ください。

所属	1. 大学病院 2. 東病院 3. 大学 4. 学生	職員番号または 学生証番号
----	----------------------------	------------------

平成 年 月 日受付