

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)

* 災害時、電話が使用できない時のみ下記メールアドレスを使用いたします。連絡が取れるアドレスをご記入ください。

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	mail		

登録児童	ふりがな	血液型	愛称	男・女	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	(〒 -)			
	児童のきょうだい名	歳(男・女)	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	職場電話番号
	勤務先 配属先 職種	mail	
	② 氏名 ()歳 続柄	携帯電話番号	職場電話番号
	勤務先 配属先 職種	mail	

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	B C G	未・済	B 型肝炎	未・済 (1回・2回・3回・追加)
	口 タ	未・済 (1回・2回・3回)	四種混合	未・済 (1回・2回・3回・追加)
	M R	未・済 (1回・2回)	水ぼうそう	未・済 (1回・2回)・感染済
	ヒ ブ	未・済 (回)	おたふくかぜ	未・済 (1回・2回)・感染済
	肺炎球菌	未・済 (回)	インフルエンザ	未・済 (年度・1回・2回)
	日本脳炎	未・済 (1回・2回・追加)	コロナウイルスワクチン	未・済 (1回・2回・3回)
その他 ()				

これまでの病気	突発性発疹	無・有		
	熱性けいれん	無・有 (回・座薬の指示 無・有 ℃以上)		
	喘息	無・有 (治療中・悪化時のみ治療)	喘息様気管支炎	無・有 (治療中・悪化時のみ治療)
	麻疹	無・有	風疹	無・有
	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
常時服用している薬	無・有	薬品名:		

アレルギー	食事	無・有	食品名:	症状:	対処法:
	その他	無・有	名称:	症状:	対処法:

その他	体質やくせ、心配なこと、配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	
----	----------------------------	--------------	--

年 月 日受付