

年度

一般利用者・相模原協同病院

登録番号

階層区分

相模原協同病院 病児保育室 みどりっこ 利用登録申込書 (新規・更新)

年 月 日記入

登録児童	ふりがな 児童氏名	血液型 型 Rh 未検査	愛称	男・女	H ・ R	年 月 日生 歳 カ月
	通園施設名	() 市区町村 () 保育園・幼稚園・こども園・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)
	かかりつけ医	() () 先生				

※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 続柄	勤務先	電話番号
	電話番号		mail	@
申請者 連絡先 以外の	氏名	()歳 続柄	勤務先	電話番号
	電話番号		mail	@
	氏名	()歳 続柄	勤務先	電話番号
	電話番号		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	日本脳炎	未・済	第1期(1回・2回・追加)・第2期
	ヒブ	未・済 (1回・2回・3回・追加)	おたふくかぜ	未・済 (1回・2回)・感染済	
	肺炎球菌	未・済 (1回・2回・3回・追加)	ロタウイルス	未・済 () 回	
	四種混合	未・済 (1回・2回・3回・追加)	三種混合	未・済 (1回・2回・3回・追加)	
	M R	未・済 (1回・2回)	不活化ポリオ	未・済 (1回・2回・3回・追加)	
	B型肝炎	未・済 (1回・2回・3回)	生ポリオ	未・済 (1回・2回)	
	水ぼうそう	未・済 (1回・2回)・感染済	その他	()	

これまでの病気	突発性発疹	無・有		
	麻疹	無・有	風疹	無・有
	喘息	無・有 (治療中・悪化時のみ治療)	喘息性気管支炎	無・有
	熱性けいれん	無・有 () 回・坐薬の指示 無・有	℃以上) 初回発作日	
	アトピー性皮膚炎	無・有	外用薬(使用中・悪化時のみ使用・使用なし)・その他()	
	入院したこと	無・有	病名: () 歳 () 月) 通院 無・有	病名: () 歳 () 月) 通院 無・有

アレルギー	無・有	食品名		
		症状	対処法	

その他 体質(薬物アレルギー等)やくせなど、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。

相模原協同病院職員は、以下もご記入ください。

職種

所属

年 月 日受付

確認者サイン