

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				
	相模原協同病院 受診歴	無 ・ 有 (診察券番号)				

※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
予防接種	ヒ ブ	未 ・ 済 (1回・2回・3回・追加)	水ぼうそう	未 ・ 済 (1回・2回)・感染済
	肺炎球菌	未 ・ 済 (1回・2回・3回・追加)	日 本 脳 炎	未 ・ 済 第1期(1回・2回・追加)・第2期
	B型肝炎	未 ・ 済 (1回・2回・3回)	ロタウイルス	未 ・ 済 (回)
	四 種 混 合	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
	B C G	未 ・ 済	その他	()
	M R	未 ・ 済 (1回・2回)		
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 ()		
	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	
アレルギー 食物	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