

## 利用登録申込書

■登録するお子様について

お子様のお名前	ふりがな		性別
			男・女
生年月日	20 年 月 日		
住所			
同居家族	<input type="checkbox"/> 母 <input type="checkbox"/> 父 <input type="checkbox"/> きょうだい( 歳 歳 歳) <input type="checkbox"/> 他( )		
妊娠時の異常	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 切迫早産 <input type="checkbox"/> 妊娠高血圧 <input type="checkbox"/> 妊娠糖尿病 <input type="checkbox"/> 前期破水 <input type="checkbox"/> GBS <input type="checkbox"/> 感染症 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
出生体重・週数	( ) g ( ) 週 ( ) 日		
出生病産院			
出生時・出生後の異常	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 帝王切開 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 鉗子 <input type="checkbox"/> 新生児仮死 <input type="checkbox"/> 呼吸障害 <input type="checkbox"/> 哺乳不良 <input type="checkbox"/> 黄疸 <input type="checkbox"/> おう吐 <input type="checkbox"/> 低血糖 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
病歴 気になる健康状態	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 心肺系 <input type="checkbox"/> 胃腸系 <input type="checkbox"/> 腎臓系 <input type="checkbox"/> 整形外科系 <input type="checkbox"/> ヘルニア <input type="checkbox"/> 吐き戻し <input type="checkbox"/> 湿疹 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
家族歴	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> けいれん <input type="checkbox"/> てんかん <input type="checkbox"/> その他 ( )	
かかりつけ小児科	(さいたま市 区・他 市)		
生活上の留意点	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( )	
特記事項			

■保護者について (緊急時、直ぐに連絡を取れる順に記入)

保護者① 父・母 その他 ( )	氏名	電話番号
保護者② 父・母 その他 ( )	氏名	電話番号
特記事項		