**纽卡斯尔医疗中心 - 新生儿/5 岁以下儿童注册**



**请在填写本表时提供免疫接种史原件。**

|  |  |
| --- | --- |
| **新生儿/5岁以下儿童信息** | |
| 名： | 地址： |
| 姓： |
| 性别: |
| 出生日期： | Postcode: |
| NHS号码： | |
| 出生地： | |
| 种族请圈出）  英裔白人 白人和亚裔 其他亚裔 爱尔兰人 其他加勒比混血儿 其他白人 印度裔 非洲裔 黑人/白人 加勒比裔 巴基斯坦裔 其他黑人 黑人/白人 非洲裔 孟加拉裔 中国人 | |
| **之前的GP (如适用)：** | |
| 姓名： | 地址： |
| 邮编： |
| **如果您的孩子不是出生在英国** | |
| 来英日期： | |

|  |  |
| --- | --- |
| **家长/监护人信息** | |
| 姓名： | 与儿童的关系： |
| 地址： | 家庭电话： |
| 工作电话： |
| 邮编 | 手机号： |
| 电子邮箱： | |
| 同意通过以下方式与您联系： 短信 电子邮件 | |

|  |
| --- |
| **病史（如适用）** |
| 请列出您孩子患有的任何疾病： |
| 过敏源： |
| 目前服用的药物： |

|  |
| --- |
| **免疫接种--请在一个方框内打勾** |
| 我同意我的孩子进行免疫接种 |
| 我不同意我的孩子进行免疫接种 |