

かいつぶり 登録票 (2020年度)

登録日 /

ふりがな 氏名:		お子様の愛称 様	通園・通学中の施設名		送迎対応登録 ※スタッフ記入欄
生年月日: 平成・令和 年 月 日 歳			住所: 〒 宇都宮市		
自宅電話番号:					
保護者① (続柄:)	ふりがな 氏名	携帯番号	ご兄弟:名	年齢	通園・通学中の施設名
保護者② (続柄:)	ふりがな 氏名	携帯番号		歳	
同居家族	(方) 祖父・祖母・父・母・兄弟 ()				
世帯区分	1、生活保護世帯 2、市民税非課税世帯 3、婚姻歴のないひとり親家庭 4、その他の世帯				
就労状況	保護者①(続柄:)		保護者②(続柄:)		
勤務先名					
住所					
電話番号					
勤務形態	常勤・パート等・自営・その他		常勤・パート等・自営・その他		
勤務時間	: ~ :		: ~ :		
休日(曜日)					
備考					
出生状況	()週 体重 ()gで出生 出生時間問題 なし・あり()				
発育状態	発育過程においてフォローを受けている場合、要観察の指摘を受けている場合はご記入ください				
既往歴	1、突発性発疹 (いつ:) 8、熱性痙攣 坐薬指示(なし・あり:) 2、麻疹 (いつ:) (いつ:初回 /最終) 3、風疹 (いつ:) 9、喘息(現在治療 無・有:吸入・内服) 4、水ぼうそう (いつ:) 10、経過観察中の病気 5、おたふくかぜ(いつ:) (病名:) 6、川崎病 (いつ:) 定期内服等(なし・あり:) 7、アトピー性皮膚炎 11、入院歴(いつ: 病名:)				
アレルギー	なし・あり(アルコール綿かぶれ 食事: 薬: その他:				
予防接種状況	※済んでいるものに ○を付けて下さい				
母子手帳 確認	1、MR(1・2 回目) 5、小児肺炎球菌(1・2・3・4 回目) 9、日本脳炎(1・2・3・4 回目) 2、水痘(1・2 回目) 6、ヒブ(1・2・3・4 回目) 10、四種混合(1・2・3・4 回目) 3、おたふく(1・2 回目) 7、B型肝炎(1・2・3 回目) 11、三種混合(1・2・3・4 回目) 4、ロタウイルス 8、BCG 12、不活化ポリオ(1・2・3・4 回目)				
かかりつけ医	小児科: TEL	科: TEL			
	耳鼻科: TEL	科: TEL			
食事の状況	普通食・離乳食(初期・中期・後期 回/日) 母乳・ミルク・フォローアップミルク ml × 回/日				
好きな食べ物	食事に於いて配慮することがあればご記入ください				
嫌いな食べ物					
排泄状況	自立・トイレ練習中・入眠時のみオムツ・常時オムツ				
興味のある事・もの:					
何か心配なことがあればご記入ください:					

※裏面もご確認下さい

かいつぶりご利用について

※確認の上、□にレ点でチェックをいれてください

- 体調不良時の保育のため、通常保育時間帯とは異なります。
保育時間に関しては、その都度スタッフとご相談した上で決定となります。
- 病児保育は、お仕事やそれに準じる理由・時間内でのお預かりとなります。
お迎え予定時間より、遅れる・早まる場合は必ずご連絡ください。
- 来院時間が8:30以外になる場合は、必ず事前にスタッフにお伝えください。
来院時間によっては、優先での診察が出来かねますのであらかじめご了承ください。
- 水曜日はクリニック休診日のため、医師の診察や薬の処方・証明書の発行はできません。
継続ご利用、または事前に予約し他院からの利用連絡票を持参した方のみご利用いただけます。
- ご利用に際して相互感染のリスクがあります。ご予約された場合でも、他のご利用者様の
病気・病状によっては、当日お預かりをお断りする場合があります。
- ご予約後にキャンセルする場合は、必ず当日8:00までにご連絡をお願い致します。
開所時間外は留守番電話にメッセージを入れて下さい。
- ご利用中に状態が急変した場合は、ひばりクリニック・かいつぶりの医師・看護師の判断で
救命を優先に対応致します。
- スタッフの判断で、お子様のご様子をお伝えするためにご連絡を差し上げる場合がございます。
ご様子次第では、お迎え時間を早めていただく場合もございます。
緊急連絡先については、常に連絡がとれるようお願い致します。
- お迎えの際には先に1階クリニックにてお声掛けいただき、その後2階までお越しください。
水曜日はクリニック休診日のため、直接2階へお越しください。
- ミルク、離乳食、アレルギー食が必要な方はご持参をお願い致します。
- 地震等の自然災害時には、かいつぶりにご連絡の上お迎えをお願い致します。
- かいつぶりご利用時には、毎回健康保険証・子ども受給者証・母子手帳・診察券・お薬手帳の
確認をさせていただきます。
保険証・子ども受給者証をお忘れの場合、一時的に医療費を全額ご負担いただく場合があります。
- 登録票については 今年度迄有効とし、次年度は再び登録票のご提出をお願いします。
- 登録票の内容に変更があった場合(勤務先等)、ご連絡をお願い致します。
- パンフレット・登録票に変更がある場合は、ホームページでお知らせいたします。
ご利用の前には確認いただきますよう、お願い致します。

上記の内容・ホームページについて説明を受け確認し、了承しました。

ご署名

年 月 日

説明を受けた方

ご利用者様との続柄 ()

ご利用中の様子を顔を出さない状態で、室内掲示やブログに掲載をしてもよろしいでしょうか？

(良 否)