

枠内をご記入ください

登録票 カルテNo.

登録日：H 年 月 日

更新：

写真： 有 ・ 依頼済

フリガナ 氏名	《愛称》		住所 〒
生年月日	H 年 月 日 (歳 カ月)	男 ・ 女	
保育園			
クラス名			自宅固定電話 ()

フリガナ 母親	フリガナ 父親	携帯番号	携帯番号
勤務先	勤務先	社名	社名
		住所	住所
		電話	電話
きょうだい	兄・姉 (お名前・年齢)		妹・弟 (お名前・年齢)
父母以外の 送迎者	祖父・祖母・他 () 氏名		住所
	ご家族以外 (ファミリーサポートやピッカー) の送迎 ない ・ ある (裏面注意事項をご覧ください)		

※ ご利用は原則として年齢相応の予防接種を済まされている方を対象とさせていただきます。また、インフルエンザ流行期には、インフルエンザワクチンを接種されていないお子様は、院内感染の予防上ご利用できない場合もございますのであらかじめご了承ください

予防接種	B型肝炎 (1 2 3)	BCG (未 済)	インフルエンザ (登録年～) H 年 1回/2回 年 1回/2回 年 1回/2回 その他
	ロタウイルス (1 2 3)	MR (1 2)	
	ヒブ (1 2 3 4)	日本脳炎 (1 2 3)	
	肺炎球菌 (1 2 3 4)	水痘 (1 2)	
	四種混合 (1 2 3 4)	おたふくかぜ (1 2)	
感染症歴 既往歴	あり	みずぼうそう おたふくかぜ 突発性発疹症 はしか 風疹 百日咳 B型肝炎 RSウイルス	
	なし	インフルエンザ 他 ※入院歴のある方は、裏面にご記入ください	
アレルギー	あり	牛乳・卵白・卵黄・大豆・麦 他 () → 現在の摂取状況 ()	
	なし	食物以外：ハウスダスト・ダニ・スギ・ヒノキ・くすり ()	
けいれん	あり	熱性けいれん ・ 熱性ではないけいれん 回数 (回) 初回発作 (歳 カ月) 最終 (歳 カ月)	
	なし	発熱時の予防：なし・あり → [指示内容 脳波検査：なし・あり [指示医	
常用薬			(1) 生活保護世帯 (2) 住民税非課税世帯 (3) 上記を除く所得税非課税世帯 (4) 上記該当なし

好きなおもちゃ、遊び など

出生・出産	出生時体重	g	妊娠週数	週	分娩（自然	・ 帝切	・ その他	）
発達・発育	首のすわり	カ月	寝返り	カ月	おすわり	カ月	はいはい	カ月
	つかまり立ち	カ月	伝い歩き	カ月	一人歩き	カ月		
配慮してほしい点がある（freespaceにご記入ください） ・ とくになし								
入院歴	病名	年月日			入院・通院先			

free space

ご家族以外の送迎について

来院時に利用する場合は、必ず事前にお知らせください。お迎えに利用される場合は、入室時もしくは14時までに、お迎えに来られる方の所属・お名前をお知らせください。

～ご登録ありがとうございます。ご利用にあたり、下記事項にご理解、ご協力をお願いいたします～

駐輪場・ベビーカー置き場をご利用になる方へ

当クリニックでは基本的に自転車のお預かりは行っておりません。
うさぎのママご利用の方には、専用の札を掛けていただき、お迎えのお時間まで、クリニック駐輪場ベビーカー置き場（院外）のご利用をお受けしておりますが、
当駐輪場・ベビーカー置き場における事故・盗難・破損などの責任は一切負いかねますので、
あらかじめご了承ください

上記の説明に同意しましたので、駐輪場・ベビーカー置き場を利用します

H 年 月 日 保護者氏名

研究調査説明および同意書 （任意）

うさぎのママでは、病児保育に関する調査・研究を行い、各種関連学会にて発表・論文作成を行っています。
つきましては、お子様のご利用期間中の年齢・性別・症状・所見・内服薬・疾患名・通園施設での流行状況等の情報を資料として利用させていただきます。

尚、個人が特定されるような情報の公開はいたしません。

利用させていただいた情報をもとに発表したスライド、原稿、論文については、ご希望がある保護者様にはご覧いただけます。必要がありましたら、その旨スタッフまでお声をかけてください。

病児保育施設長 大川 洋二

上記の説明に同意しましたので、情報提供に協力します

H 年 月 日 保護者氏名