

登録票

記入日 年 月 日

フリガナ	男	愛称	生年月日
お名前	女		西暦 年 月 日
通園施設名	区・市	クラス名	
かかりつけ医院	きょうだい（お名前、年齢）		

《緊急連絡先、送迎者》

自宅住所	
フリガナ 母親	勤務先名
携帯電話	電話番号 最寄り駅
フリガナ 父親	勤務先名
携帯電話	電話番号 最寄り駅
両親以外の緊急連絡先 氏名	続柄
住所	連絡先
その他（上記以外で送迎の可能性のある方の氏名、連絡先、ベビーシッター・ファミリーサポートの利用の有無など）	

《お子様について》

アレルギー	なし あり → 食物・薬・その他（具体的に）
熱性けいれん	なし あり → 発熱時の予防 あり・なし
熱性以外のけいれん	なし あり →
出生時の異常	なし あり → 出生時体重 g
基礎疾患	なし あり →
定期通院している疾患	常用薬 入院歴 年 月 年 月
上記以外の入院、手術歴	
感染症歴	水ぼうそう おたふくかぜ
予防接種	ヒブ (1 2 3 4) BCG (未 済) ロタ (1 2 3)
	肺炎球菌 (1 2 3 4) MR (1 2) B型肝炎 (1 2 3)
	4種混合 (1 2 3 4) 水痘 (1 2) おたふく (1 2)
	5種混合 (1 2 3 4) 6種混合 (1 2 3 4) インフルエンザ
発達・発育	現在発達支援を受けていますか？ いいえ ・ はい（診断名）

病児保育室うさぎのママ うさぎのママⅡ 同意書

・当施設に於いては、感染予防に対しできる限りの対策（空気清浄機・玩具消毒など）を行っておりますが、同室のお子様の病状が保育中に変化した場合など、保育室内感染を100%予防できるものではありません

・当施設に於いては、医師が必要と認めた場合には、以下の行為を実施することがあります。

【坐薬の挿肛（吐き気止め・解熱剤・抗痙攣剤）】 【綿棒による感染症簡易検査】

【薬の内服（抗生剤・ステロイドを含む）】 【採血】 【点滴】 【レントゲン】

【鼻腔吸引】 【気道吸入】 【浣腸】

※お預かり中の緊急処置となった場合のご連絡について□に✓を付けてください。

了解しました。必要な処置をお願いします。

実施前に連絡を希望する。

・うさぎのママⅡに於いては、お預かり中の病状の変化などにより医師が必要と判断した場合、医師または看護師と保育士がお子様をクリニックへ搬送することがあります。事前にご連絡いたしますが、繋がらなかった場合は医師の判断で搬送を行います。

・当施設では、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。

個人が特定されるような情報の公開は致しません。

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・論文はご覧いただけますので、ご希望がございましたらスタッフ迄お伝えください。

・大川子ども&内科クリニックでは、自転車のお預かりは行っておりません。

当施設ご利用の方に限り、お迎えの時間までクリニック駐輪場をご利用いただけますが、台数には限りがありますので、ご配慮いただけますようお願い致します。

また、ベビーカー置き場（院外）もご利用いただけますが、事故・盗難・破損などの責任は一切負いかねます。

私は、以上について理解し、うさぎのママ・うさぎのママⅡに預けることに同意します。

年 月 日 保護者の署名（ ）