

あんどろ小児科医院 ひまわりキッズルーム 利用登録書

年度毎初回利用時にあんどろ小児科医院受付までご提出ください。

病児保育登録番号(No.) 患者番号(No.)

お子様のお名前	ふりがな	生年月日 西暦 年 月 日 (才 ヶ月)	
		男・女	愛称
保護者氏名	ふりがな	電話番号 ()-()-()	
保護者住所			
緊急連絡先	電話番号 ()-()-()		
	電話番号 ()-()-()		

<ご利用にあたってのお願い>

- ① 当日朝の診察でお子様の病状によって個別の部屋が準備できない場合には、ご利用をお断りすることがあります。
- ② お子様をお預かりする際には、当日の病状を把握するため必ず診察を行っています。
- ③ お子様の病状が急変することがありますので、必ず連絡のつく電話番号をお教えてください。
- ④ 個別の部屋の利用など感染防止には最大限に注意をしていますが、入室者間の感染を防げない場合もあることをご了承ください。
- ⑤ 平日のお預かりは18時00分までです。延長保育はしておりません。

上記のとおり、病児保育室を利用したいので、登録を申請します。なお、利用期間中は施設の指示に従います。

西暦 年 月 日 保護者名

~~~~~ ※以下の記入は自由ですので気になるお子様は記入をお願いいたします ~~~~~

<お子様が安心、安全に過ごせるために教えてください>

- ① 環境や状況によって不安になることはありますか？  
(例:大きな音、暗い場所、抱っこが苦手、初めての人・場所が苦手など)
- ② 落ち着く方法、安心できる関わり方などはありますか？  
(例:お気に入りの物を持たせる、抱っこする、静かな場所で休ませるなど)
- ③ 気をつけてほしいことや配慮が必要なことがあれば教えてください。  
(例:感情の切り替えが難しい、言葉でのやりとりが難しい、個室希望など)