



クルメキッズランド リフレッシュ保育(一時預かり)のしおり

クルメキッズランドでは保護者が買い物や通院、冠婚葬祭など用事がある際にお子さまをお預かりします。また育児中の方がリフレッシュしたい時などにも、ご利用下さい。

- 利用時間** 8:30～16:30までの希望する時間
- 開所日** 月～金曜日(祝日等、クルメキッズランド休園日を除く)
- 利用料金について** お預かりからお迎えに来られた時間で計算します

- 対象** 生後6カ月(利用日時点)～1歳児
※登録年度の4月1日時点で1歳のお子さまが対象です

利用時間	1時間未満	2時間未満	2時間以上
正進幼稚園兄弟	700円	1,400円	2,100円
一般の利用	700円	1,400円	2,500円

注意事項

■ 予約のキャンセル・予約内容の変更は、早めにご連絡下さい

他の方のキャンセル待ち等がありますので、早めにお電話にてご連絡下さい。また、予約時間の変更やお迎え者の変更なども、分かり次第すぐにお願ひします。

■ お預かりできない場合について

37.5℃以上の発熱等、体調不良がある場合はお預かりできません。その他、症状などによってはお預かりすることができない場合がありますので、ご了承ください。また、職員配置や、当園の園児のお預かりが定員に達した場合など、利用できない場合があります。

■ 月齢ごとのクラスで過ごします

園での保育の中に入って過ごします。おやつや昼食なども一緒にとることになります。

■ 以下の場合、お迎えをお願いする可能性があります

- ・37.5℃の発熱
- ・脱水症状の恐れ(水分がとれない)
- ・体調の著しい悪化
- ・飲食ができないなど慣れない環境で過ごすことが著しく難しい場合

■ お電話での連絡がすぐにとれる態勢をお願いします

緊急連絡先として記入いただいた電話にはすぐに出られるようお願いいたします。

■ 個人情報については施錠保管するなど、漏洩防止に努めます

お預かりしたすべての個人情報については施錠保管し、漏洩しないように努めます。



ご予約・お問い合わせはお電話にて！！

クルメキッズランド
0942-65-4933

【受付時間 8:00～18:00 (月～金曜日/祝日・休園日を除く)】



利用の流れ

事前登録をする(利用日当日でも可)

以下の書類を提出し、事前登録(年度毎)をします

- ①リフレッシュ保育(一時預かり)登録票
- ②利用児童の健康保険証のコピー
- ③ " の乳幼児医療証のコピー
- ④ " の予防接種記録のコピー
- ⑤保護者の健康保険証(あるいは運転免許証)のコピー



利用される予定ができたなら・・・

予約の電話をする

- ・利用日の**7日前から予約が可能**
- ・**お電話は8:00から受付可能**(18:00まで)
- ・お電話にてお名前や利用時間などを伺います
- ・体調などによってはお預かりできない場合があります



当日持参品を持ってクルメキッズランドへ

- ・持参するものにはすべて記名してください
- ・リフレッシュ保育(一時預り)利用連絡票は記入してご持参ください

利用日当日の持参品

※事前登録をしていない場合、事前登録に関する書類も持参

- ①リフレッシュ保育利用連絡票(記入して持参)
- ②お着替え(2組ほど)
- ③帽子
- ④昼食(利用時間が11:30を挟む時のみ)
- ⑤お箸やフォーク・スプーンなど(③と同様)
- ⑥おやつ(お子さまの好きなものを複数)
- ⑦飲み物(マグ・水筒など)
- ⑧お昼寝用のバスタオル
- ⑨ハンドタオル
- ⑩(必要な場合)病院で処方されたお薬
- ⑪(お薬を持参する場合)処方箋
- ⑫(必要な場合)おむつ(8枚程度)
- ⑬(おむつ利用の場合)おしりふき
- ⑭(6～7月の場合)水着



保育終了、お迎え

- ・必ず予約時間内のお迎えをおねがいします
- ・利用料のお支払いが終わりましたら終了です



リフレッシュ保育（一時預かり）登録票

クルメキッズランド 記入日 年 月 日

ふりがな 児童名			血液型		平熱	℃
住所	〒		健康保険証			
生年月日	年 月 日		保険者名称			
	記入日時時点で 歳 ヵ月		種類	社保	国保	共済
			記号	子ども医療証		
			番号	負担者番号		
			保険者番号	受給者番号		

■保護者（緊急連絡先）と家族について

父	ふりがな			本人携帯番号		
	氏名	(年 月 日生 / 歳)	勤務先	会社名	電話	
母	ふりがな			本人携帯番号		
	氏名	(年 月 日生 / 歳)	勤務先	会社名	電話	
続柄	氏名(ふりがな)		生年月日(年齢)	性別	学校・勤務先名	
			年 月 日 歳	男・女	学校・勤務先名 連絡先	
			年 月 日 歳	男・女	学校・勤務先名 連絡先	
			年 月 日 歳	男・女	学校・勤務先名 連絡先	
			年 月 日 歳	男・女	学校・勤務先名 連絡先	

■かかりつけ医

①	病院名	診療科目	電話番号
②	病院名	診療科目	電話番号

■予防接種

インフルエンザ b型 (Hib)	1回	済・未	小児用 肺炎球 菌	1回	済・未	B型肝炎	1回	済・未	ロタ ウイルス	1回	済・未	ジフテリア 百日せき 破傷風 ポリオ	1回	済・未
	2回	済・未		2回	済・未		2回	済・未		2回	済・未		2回	済・未
	3回	済・未		3回	済・未		3回	済・未		3回	済・未		3回	済・未
	追加	済・未		追加	済・未		追加	済・未		追加	済・未		追加	済・未
			麻しん	1回	済・未	水痘	1回	済・未	日本脳炎	1回	済・未	おたふく かぜ	1回	済・未
			風しん	2回	済・未	BCG	2回	済・未		追加	済・未		2回	済・未

■出生時について

出生時体重	g	※異常があった場合詳細を記入
出生時異常	なし・あり	

■持病について（現在も治療中の病気に☑マークや記入）

病名	罹患時年齢	※持病がある場合詳細を記入
<input type="checkbox"/> 喘息	歳 ヵ月	
<input type="checkbox"/> 熱性けいれん	歳 ヵ月	
<input type="checkbox"/> アトピー性皮膚炎	歳 ヵ月	
<input type="checkbox"/> アレルギー体質	歳 ヵ月	

■既往症について（かかったことのある病気等に☑マークや記入）

病名	罹患時年齢	病名	罹患時年齢	病名	罹患時年齢	※詳細を記入
<input type="checkbox"/> 結核	歳 ヵ月	<input type="checkbox"/> おたふくかぜ	歳 ヵ月	<input type="checkbox"/> じんましん	歳 ヵ月	
<input type="checkbox"/> はしか	歳 ヵ月	<input type="checkbox"/> 手足口病	歳 ヵ月	<input type="checkbox"/> 突発性発疹	歳 ヵ月	
<input type="checkbox"/> 風疹	歳 ヵ月	<input type="checkbox"/> りんご病	歳 ヵ月	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/> 水ぼうそう	歳 ヵ月	<input type="checkbox"/> 百日咳	歳 ヵ月	<input type="checkbox"/>		

■入院・手術歴について（詳細をご記入ください）

傷病名				※詳細を記入
罹患時年齢	歳 ヵ月	現在	完治・経過観察中	

■その他気になることや配慮が必要であればご記入ください。

--