

しんどう小児科 病児保育室 利用申込書



保育士メモ以外全てご記入ください。
内は該当の方のみご記入ください。

利用日	年	月	日	保護者 氏名					
名前	ふりがな		愛称()	男	生年月日	年	月	日	体重
				女	年齢	歳	カ月	kg	
保護者 氏名				優先順位	緊急連絡先				
【続柄】	【氏名】			携帯電話	—		—		
				勤務先	—		会社名()		
【続柄】	【氏名】			携帯電話	—		—		
				勤務先	—		会社名()		
利用料区分	生活保護世帯・市県民税非課税世帯・所得税非課税世帯						←以外の世帯の方 <input type="checkbox"/> (チェック)		
今回の症状が出始めた日時()日()時頃				web問診や電話の聞き取りでお伺いした症状の他に伝えたいことがあればこちらにご記入ください。					
受診してない・受診している↓									
病院名 当院・()									
検査 未・済() <small>(⁻マイナス ⁺プラス)</small> (陰性・陽性)									
アレルギー	なし・食物()								
	なし・薬()								
熱性けいれん	なし・(計 回) 最終 歳 カ月				(2歳以下のみ)突発性発疹		未・済・わからない		
検温	昨夜(°C)		今朝(°C)						
排尿	最終(日 :) いつもと同じ・やや少なめ・少ない				(自立・手助け・オムツ)				
排便	最終(日 :) 便秘・普通・軟便・下痢・水様				(自立・手助け・オムツ)				
睡眠	眠れた・眠れていない(理由)						下痢(回/1日)量()色()		
食欲	夜) あり・半分・なし			朝) あり・半分・なし			嘔吐(回/1日)量()		
朝の薬	飲んでいない・飲んだ(日 :)				お薬が苦手なお子さんはお家での飲み方をご記入下さい ()				
坐薬・頓服	使用していない・使用した(日 :) 種類()								
その他	使用していない・使用した(日 :) 種類(目薬・軟膏・テープ・)								
処方	不要・必要(薬・坐薬【 】・その他)・医師に任せる								
昼食	持参・提供	OS1(ゼリー・飲料) アクアソリタ		ミルク	最終	日	時	cc	
おやつ	持参・提供	(ゼリー・飲料) イオンのおかゆ		1回(cc)		飲ませる時間()・調整		
お迎え	母・父・その他(続柄			氏名	電話		-	-)
時間	(:)	保育士 メモ							