

しんどう小児科 病児保育室 《いない いない ばあ》 利用申込書

利用日 年 月 日

保護者 氏名

| | | | | | | | |
|--------|-------|--------|---------|--------|---|---|----------|
| 名前 | ふりがな | 男 女 | 生年月日 | 年 | 月 | 日 | 体重 kg |
| | 愛称() | | 年齢 | | | 歳 | |
| 通園・学校名 | | | かかりつけ医 | 当院・() | | | |
| 保護者 氏名 | | | 優先順位 | 緊急連絡先 | | | |
| 【続柄】 | 【氏名】 | | 携帯番号 | — — | | | |
| | | | 勤務先電話番号 | — — | | | |
| 【続柄】 | 【氏名】 | | 携帯番号 | — — | | | |
| | | | 勤務先電話番号 | — — | | | |

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 ・ その他の世帯

今回の病気について、あてはまるものすべてに○をつけ、必要なところをご記入ください。

| | |
|--|---|
| 医師に 受診してない ・ 受診している 病院名 当院 ・ () 病名() | 熱 夜()℃ 朝()℃ 咳 ・ 喘息 ・ 鼻水 ・ 鼻づまり ・ 腹痛 ・ 頭痛 のどの痛み ・ 耳(右 ・ 左) ・ 発疹 目やに ・ 元気がない ・ 嘔吐 ・ 下痢 |
|--|---|

今回の症状や様子を詳しくご記入ください。

| | | | | | | | |
|--------|---|-----|----|---|---|----|--|
| 排尿 | 最終 日 時 (いつもと同じ ・ やや少なめ ・ 少ない) / (ひとりで出来る ・ 手助け ・ オムツ) | | | | | | |
| 排便 | 最終 日 時 (普通 ・ 軟便 ・ 下痢 ・ 水様) / (ひとりで出来る ・ 手助け ・ オムツ) | | | | | | |
| 睡眠 | 眠れた ・ 眠れてない | ミルク | 最終 | 日 | 時 | cc | |
| 食欲 | 夜) あり ・ 半分 ・ なし / 朝) あり ・ 半分 ・ なし | | | | | | |
| アレルギー | 食物 () ・ なし / 薬 () ・ なし | | | | | | |
| 熱性けいれん | (計 回) 最終 歳 ヵ月 ・ なし | | | | | | |
| 水ぼうそう | かかった ・ かかってない / 予防接種済 1回 ・ 2回 ・ 未接種 | | | | | | |
| おたふくかぜ | かかった ・ かかってない / 予防接種済 1回 ・ 2回 ・ 未接種 | | | | | | |

| | | | | | | | | |
|-------|----------------------------------|--------|----------------|--------|--|--|--|--|
| 朝の薬 | 飲んでない ・ 飲んだ (日 時) | 飲み方 | | | | | | |
| 坐薬・頓服 | 使用してない ・ 使用した(日 時) | 種類 () | | | | | | |
| 処方 | 希望しない ・ 希望する (薬 ・ 坐薬【 】 ・ その他) | | | | | | | |
| 昼食 | 提供 ・ 持参 | ミルク | 1回 | cc () | | | | |
| おやつ | 提供 ・ 持参 | | こちらで飲ませる時間 () | | | | | |
| お迎え | 母 ・ 父 ・ その他(氏名 続柄) | 時間 | 時 | 分 | | | | |

お子様について、保育室で特に気をつけて欲しい事などがありましたら、何でもお書きください。