

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。
 太枠内は該当の方のみご記入ください。

利用日 年 月 日 記入者 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 () | | | |
| かかりつけ | 当院・ () | 園・学校 | () | 保・幼・小 | | | | |
| 今回の症状が出始めた日時()日()時頃 | | | 備考欄 | | | | | |
| 受診してない・受診している↓ | | | | | | | | |
| 病院名 当院・ () | | | | | | | | |
| 検査 未・済 () | | | (-マイナス +プラス) (陰性・陽性) | | | | | |
| アレルギー | なし・食物() 薬物() | | | (2歳以下のみ) 突発性発疹 | 未・済・不明 | | | |
| 熱性けいれん | なし・(計 回) 最終 歳 カ月 | | ダイアブプの使用 | あり・なし・希望(目安 °C以上) | | | | |
| 検温 | 昨夜(時頃 °C) | 今朝(時頃 °C) | 症状 | 咳・鼻水・他() | | | | |
| 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・) | | | | |
| | 昼の薬 | あり・なし | 病児室で使用するタイミング | 種類(目薬・軟膏・テープ) () | | | | |
| 処方 | 医師に任せる・必要 (薬・坐薬【 】・その他) | | | | | | | |
| 昼食 | 持参・提供 | | ミルク | 最終(日 :) 量(cc) | | | | |
| おやつ | 持参・提供 | | 病児室で飲ませる時間 | () 1回(cc)・調整 | | | | |
| 購入 | リンゴジュース・お茶・OS1(ゼリー・飲料)・アクアソリタ(ゼリー・飲料)・イオンのおかゆ | | | | | | | |
| お迎え | 母・父 | その他(続柄 氏名 | | 電話 | | - | - | |
| 時間 | (:) | 保育士メモ | | | | | | |