

きもと小児科病児デイケアルーム利用申込書

令和元年 6月24日改訂版

名前	ふりがな	男・女	生年月日	平成・令和	年	月	日
	愛称( )		( 歳 か月)				
通院医院名			他院からの利用依頼書	あり・なし			
緊急連絡先	①氏名	父・母・職場・その他( )		電話番号			
	②氏名	父・母・職場・その他( )		電話番号			
利用区分	一般 所得税非課税世帯 市県民税非課税世帯 生活保護世帯 寡婦(夫)控除						
利用開始時間	時 分 ~		お迎え予定時間	時 分			
お迎えにこられる方は ①名前 (続柄 父・母・その他 )							
②名前 (続柄 父・母・その他 )							
※お迎えに来られる際は身分を証明できるものをご提示ください。 ※お迎えに来られる方の預かり後の変更はできません。							

今回の病気についてお答えください。あてはまるものに○をつけ、必要なところをご記入ください。

現在の体温	現在の症状・お分かりの場合は病名 ( )						
°C	発熱 咳 鼻水 喘息発作 頭痛 嘔吐 下痢 腹痛 発疹 とびひ 目やに 元気がない 食欲がない						
体重	今回の病気ですべてを		受診している		受診していない		
Kg	投薬を		うけている		うけていない		
病状や服薬について							
1. 薬のアレルギーはありますか?		なし		あり( )			
2. 朝の薬は何時に服用しましたか?		( 時 分 頃服用)※預かり前に服用させてください					
3. 昼の薬はありますか?		なし		あり			
4. 解熱剤は使用しましたか?		未使用		使用 (最終使用時間 時 分頃)			
5. 今日は解熱剤を持参していますか?		なし		あり			
6. 吐き気止めは使用しましたか?		未使用		使用 (最終使用時間 時 分頃)			
7. 今日は吐き気止めを持参していますか?		なし		あり			
8. 熱性けいれんをおこしたことがありますか?		いいえ		はい (はいの方は下の質問にお答え下さい)			
・ 熱が出たときに予防的にけいれん予防の薬をつかっていますか?		いいえ		はい ( 4mg ・ 6mg ・ 10mg )			
・ 今回の病気ですべてでダイアップ(けいれん予防)		未使用		使用 (最終使用時間 1回目 : 頃 2回目 : )			
食事について							
食物アレルギーはありますか?		なし		あり ( )			
・ 「あり」の方 誤食時の薬を持参していますか?		なし		あり ( 薬名 )			
食事	<input type="checkbox"/> ミルク 飲ませ方 1回 cc こちらで飲む時間 時 時 時 ・ 昼食後 ・ おやつ後						
	<input type="checkbox"/> 離乳食						
	<input type="checkbox"/> 普通食						
	<input type="checkbox"/> おやつ						
排便	おむつ・1人でできる		手助け		排尿	おむつ・1人でできる	
						手助け	
予防接種が済んでいるものに○かかったものに△をつけて下さい 水痘 おたふくかぜ 麻しん・風しん 4種混合(3種混合)							
伝えておきたいことなどありましたら、ご記入ください							

上記のとおり、病児デイケアルームを利用したいので、申し込みます。

なお、利用期間中は施設の指示に従います。

令和 年 月 日 保護者名