

きもと小児科病児デイケアルーム利用申込書

令和2年 1月10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			
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	今回の病気で病院を 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. 朝の薬何時に服用しましたか? なし							
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 月 日 午前・午後 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 月 日 午前・午後 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 月 日 午前・午後 時 分頃							
2回目 月 日 午前・午後 時 分頃							
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